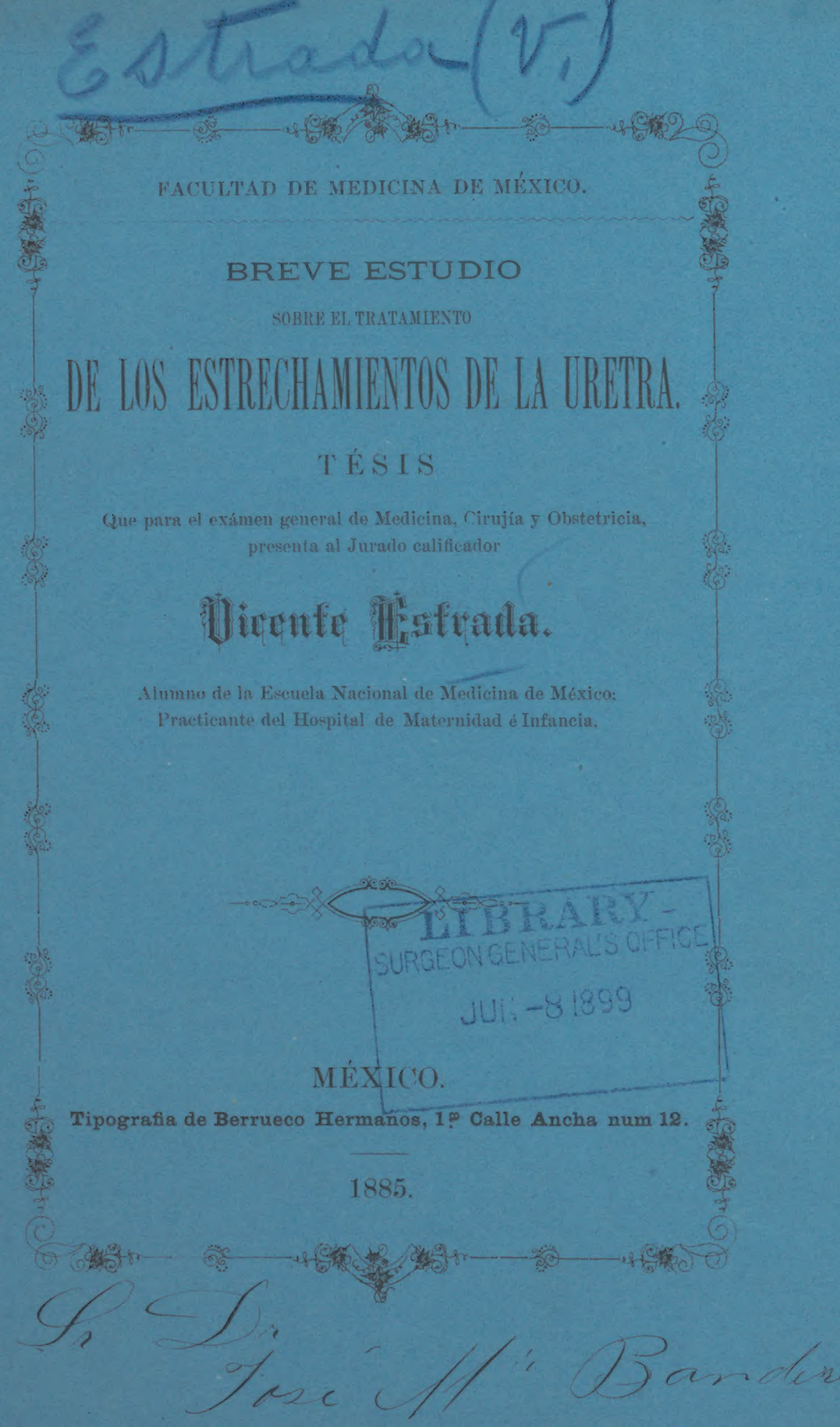


Estrada (V.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

BREVE ESTUDIO

SOBRE EL TRATAMIENTO

DE LOS ESTRECHAMIENTOS DE LA URETRA.

TÉSIS

Que para el exámen general de Medicina, Cirujía y Obstetricia, presenta al Jurado calificador

Vicente Estrada.

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina de México;
Practicante del Hospital de Maternidad é Infancia.

MÉXICO.

Tipografia de Berrueco Hermanos, 1ª Calle Ancha num 12.

1885.

Sr. Dr. José Mª Bandera

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

BREVE ESTUDIO

SOBRE EL TRATAMIENTO

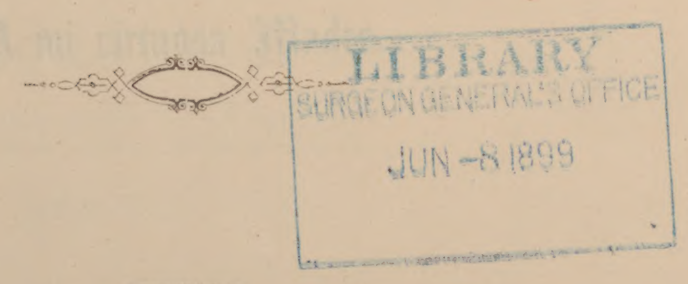
DE LOS ESTRECHAMIENTOS DE LA URETRA.

TÉSIS

Que para el exámen general de Medicina, Cirujía y Obstreticia, presenta al Jurado calificador

Vicente Estrada.

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina de México;
Practicante del Hospital de Maternidad é Infancia.



MEXICO:
Tip. de Berrueco Hnos. 1ª Calle Ancha núm. 12.

1884.

A la santa memoria del Señor

mi Padre.

A mi virtuosa Madre.

A MI MUY QUERIDO MAESTRO

El Sr. Doctor Eduardo Liceaga.

A MI EXCELENTE AMIGO



A LOS MUY APRECIABLES DOCTORES

MANUEL GUTIERREZ,

MIGUEL CORDERO,

DEMETRIO MEJIA

Y NICOLAS RAMIREZ ARELLANO.

Prescribiendo la ley entre otras cosas, la obligacion que tiene todo aquel que aspira al honroso título de médico, de presentar un trabajo impreso ante el respetable Jurado que debe decidir sobre su aptitud; tengo la honra de dar á luz este modesto ensayo, sin mas pretension que la de cumplir con un precepto reglamentario.

Numerosos y variados son los puntos que han llamado mi atencion durante mi práctica en los hospitales; creo que hay muchas cuestiones que pudieran formar el asunto de un trabajo marcado con el sello de la originalidad; lo que he escuchado de los labios de mis respetables maestros, así en las clases

como en las clínicas, bien podria formar el tema de un importante estudio nacional. Llamará por lo mismo la atencion que haya elegido una materia sobre la que tanto se ha dicho; parece verdaderamente imposible que despues de lo que han escrito tantos profesores europeos autorizados y tantos médicos mexicanos distinguidos, pudiera yo decir algo nuevo ó que presentara alguna utilidad, sobre un objeto tan minuciosamente estudiado como es aquel de que someramente me propongo tratar aquí: *Los estrechamientos del canal de la uretra.* Sin embargo, es precisamente porque se ha escrito mucho, la razon por la que en este punto de doctrina reinan en la ciencia ideas contradictorias y puntos considerados de distintas maneras por los autores; á medida que se profundiza la bibliografía se nota que aunque mucho se ha dicho, aun pudiera decirse algo más. Muy lejos de mí la idea de que crea hacer la luz sobre ciertas materias de controversia; disto mucho de creer que mi tésis ofrezca alguna novedad añadiendo algo importante; pero habiendo leido y escuchado algunas ideas que están en contraposicion unas con otras, me he propuesto relatar franca y lealmente lo que por mí mismo he observado; cábeme por lo tanto la satisfaccion de que si mi trabajo carece de mérito científico, es en cambio abundante en buena fé, por lo que creo dar con él cumplimiento en la corta medida de mis alcances á un imprescindible deber.

No es mi ánimo tratar *inextenso* de todos los puntos referentes á la historia de los estrechamientos de la uretra; plumas muy autorizadas los han tratado ya con detenimiento, por lo cual me limitaré á discurrir brevemente sobre muchas de las cuestiones que á aquel punto se refieren, y fijaré más especialmente mi atencion sobre uno de los medios de tratamiento, la uretrotomía interna, á cuyo *modus faciendi* tan vivamente discutido en algunas minuciosidades se refiere muy especialmente mi estudio; haré observar desde luego que mi permanencia como interno en el Hospital de Infancia, pocos datos me ha suministrado para este trabajo, pues los enfermos asistidos en este hospital, no presentan como es sabido sino muy excepcionalmente la enfermedad á que me refiero; la mayor parte de los datos han sido recogidos por mí en hospitales de adultos de México, y en mi ciudad natal, en Toluca, en donde durante mis permanencias de vacaciones he tenido oportunidad de observar y tratar la repetida afeccion en compañía de mi muy querido amigo el Doctor José Ramos, y del ilustrado Doctor Francisco Gonzalez Urbina.

Una de las razones que me ha movido á elegir este punto, es precisamente la diferencia de practicar la cirujía en la Capital y en los Estados, diferencia que, como á nadie se oculta, es emanada de la escasez relativa de elementos en las poblaciones cortas y muy particularmente en los pueblos situados en los alrededores de dichas poblaciones. Esto es lo

que hace que el médico tenga que luchar allí con mil inconvenientes y que procure dirigirse sobre todo á la parte esencialmente práctica de las cuestiones. Si á esto se añade la notable frecuencia de los estrechamientos uretrales en Toluca, (ignoro si será lo mismo en otras capitales de Estados), cuya frecuencia es debida, en mi concepto, á causas que en breve expondré, se comprende que tenia para mí mayor atractivo el estudio de esta materia. Pidiendo que se me perdone este pequeño aunque forzoso preámbulo, voy á entrar desde luego de lleno en mi asunto.

ETIOLOGÍA.

Siendo los estrechamientos orgánicos de la uretra el resultado de una infiltracion plástica en las paredes de este canal, se comprende inmediatamente que todas las causas flegmásicas prolongadas, deben producir á la larga las neoplasias y con ellas los estrechamientos que son muchas veces originados por un tejido francamente fibroso y resistente. En todo esto me refiero á los estrechamientos propiamente dichos, designados por otro nombre *estrechamientos orgánicos*, haciendo abstraccion completa de los llamados inflamatorios y espasmódicos. Entre dichas causas flegmásicas la mas frecuente sin duda alguna.

la que en la inmensa mayoría de los casos tiende á producir la infiltracion neoplásica de la uretra y con ella los estrechamientos, es la uretritis blenorrágica. Esta última enfermedad, demasiado comun por desgracia, no es en su forma aguda en la que produce el mal de que trato, es en la forma crónica poco franca y en apariencia nada grave, la que más tarde deberá determinar sérias complicaciones. Es muy comun que las personas afectadas de blenorragia, muy particularmente en las clases poco ilustradas de la sociedad, dejen abandonada su afeccion en los primeros dias y que aun se opongan á detenerla, por la creencia tan vulgar como extendida de que es inconveniente suprimir un flujo, que libraría á la economía de muchos males; que es necesario, segun el término consagrado para esto, *dejar correr* dicho flujo. Si algunos dias despues se resuelven á ponerse en cura, abandonan el tratamiento tan luego como el estado agudo y con él los síntomas molestos (ardores, erecciones etc.) han pasado. De aquí un estado crónico, *la gonorrea*, que se prolonga meses y años, conformándose el paciente con las molestias que origina, sin comprender que puede al cabo comprometer su vida.

Precisamente sobre este punto quiero llamar la atencion, por parecerme de una alta importancia para la higiene. De mucho tiempo atrás se ha procurado en todas las naciones cultas, impedir

hasta donde es posible el desarrollo de las enfermedades venéreas y sifilíticas, poniendo á contribucion todos los medios indicados por la ciencia y adaptándolos á las circunstancias particulares de cada país; así los hombres científicos como los gobiernos, han procurado reglamentar la prostitucion, tratando de disminuir sus estragos y haciéndola lo ménos perniciosa posible. Sin entrar en profundos desarrollos sobre la materia, lo cual me conduciria á cuestiones tan debatidas como aquella que se refiere á la conveniencia ó inconveniencia de la prostitucion en el estado actual de la sociedad, cuestion discutida así por médicos como por sociologistas, y en otras por el estilo, sí debo llamar la atencion á que ya que en muchos países civilizados, el nuestro entre otros, la prostitucion se tolera, es de todo punto indispensable reglamentarla de la manera más conveniente y dictar las mas acertadas medidas para impedir que los temidos *virus* se propaguen y multipliquen, llegando á originar diversas afecciones, y entre ellas, la que forma el objeto de mi estudio.

Para dar una muestra de la gran importancia que las sociedades cultas conceden á este asunto, diré que en estos dias precisamente el gobierno de Hungría se ocupa de impedir, por cuantos medios le sugieren los hombres de ciencia, el desarrollo de tan terribles males que enervan y destruyen la sociedad.

Fuerza es convenir despues de todo, en que si en las grandes ciudades provistas de elementos de todo género, es posible y aun relativamente fácil, poner el remedio que se busca, no sucede otro tanto en las poblaciones cortas; refiriéndome exclusivamente á lo que he visto, no puedo menos de observar que si en la misma metrópoli son tan comunes los padecimientos sifilíticos y venéreos, puesto que además del hospital especial en donde se atiende estas enfermedades en las mujeres, hay en otros hospitales salas destinadas á ese exclusivo objeto, sin contar con los enfermos que se curan á domicilio; si en la misma metrópoli, repito, son tan comunes estos accidentes, á pesar del celo nunca desmentido de la comision médica de sanidad y del empeño de las autoridades, ¿qué pasará en poblaciones más pequeñas en donde faltan los recursos médicos y en donde no existen consejos de salubridad? Allí no encontrando un dique, los males venéreos se propagan con toda libertad, bastando una sola semilla para producir innumerables inoculaciones; aun algunas capitales de Estados se encuentran en circunstancias análogas y cada enfermo se cura en ellas como puede, sin que las disposiciones oficiales intervengan activamente para prevenir la extension de las enfermedades venéreas.

Refiriéndome á la capital del Estado en que he recogido mis observaciones, debo decir que en todas

épocas se ha procurado hacer lo posible por detener los progresos de los virus mencionados, y es de esperarse que el Consejo de salubridad creado allí recientemente dirija sus esfuerzos al mismo fin. Si esto pasa en la capital misma del Estado, no sucede otro tanto en las poblaciones más pequeñas del mismo, en las que es dificil hacer sentir la benéfica influencia de las disposiciones legales. El Congreso Nacional de Higiene, reunido en Setiembre del año pasado, estudió entre otras cuestiones la de reglamentar los servicios sanitarios en toda la República; la Comision respectiva presidida por el muy distinguido Doctor Eduardo Licéaga, presentó sobre este punto un notable dictámen, que prévias las discusiones de estilo, fué aprobado por la asamblea; es de desearse que las disposiciones aprobadas se hagan efectivas cuanto ántes, lo que redundará evidentemente en bien del país como es de esperarse.

No sin razon decia anteriormente que los estrechamientos uretrales son frecuentísimos en el lugar donde he recogido mis datos, siendo muy posible que otro tanto pase en muchas poblaciones de la República por las razones ya expuestas.

No insistiré minuciosamente sobre la genesis de los estrechamientos uretrales, que origina la blenorragia, por estar tratado este punto en los autores clásicos con una precision y lucidez que no podria yo emplear aquí.

Además de la blenorragia, que es á no dudarlo la causa más comun de los estrechamientos uretrales, no hay que perder de vista otros estados inflamatorios de la uretra, que por un mecanismo análogo pueden dar lugar al mismo padecimiento; mencionaré entre ellos, las uretritis de orígen escrofuloso y artrítico señaladas por Delefosse, en su Cirujía de las vías urinarias publicada en Paris en 1878. Debo mencionar tambien como causa productora de los estrechamientos de la uretra, los traumatismos que puede sufrir este canal y que obrando por el mismo mecanismo que en otros conductos, determinan la formacion de un tejido cicatrizal, dotado de propiedades retráctiles como otras neoformaciones fibrosas. Pero ninguna de estas últimas causas puede compararse por su frecuencia, con las uretritis blenorrágicas, á tal grado que todo lo que tiene de comun observar los estrechamientos producidos por estas últimas, ofrece de raro encontrarlos originados por aquellos padecimientos.

En todo lo que precede me he referido exclusivamente á los estrechamientos orgánicos, que son los únicos permanentes y que exijen el tratamiento quirúrgico de que pienso ocuparme: he dejado completamente á un lado los estrechamientos llamados inflamatorios, ó producidos por la turgecencia ó tumefaccion flegmásica más ó ménos pasajera de las paredes uretrales. Me limito tambien á mencionar

los estrechamientos designados con el nombre de espasmódicos, provenidos de la contraccion refleja de las fibras musculares que rodean en algunos puntos el mencionado canal; por lo demás, este último género de estrechamientos no es admitido por todos los autores y algunos los reputan como enteramente pasajeros y originados ya por una emocion moral ó ya por el contacto de la sonda que puede producir un reflejo en este canal, como la presencia de un cálculo vesical (hecho señalado por Delefosse), la inflamacion misma de la mucosa uretral, etc.

Como no es mi ánimo tratar *in extenso* este género de estrechamientos, me conformaré con mencionarlos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Muy poco tenemos que decir sobre este importante punto de la historia de los estrechamientos uretrales, ya por no tener gran práctica personal sobre la materia, ya porque el punto se encuentra perfectamente tratado en la mayor parte de los autores; me limitaré á recordar algunas circunstancias muy útiles para lo que expondré despues.

Los estrechamientos de la uretra estudiados en el cádaver, se presentan bajo muy diferente aspecto segun que sean de orígen traumático ó inflamatorio;

en el primer caso el estrechamiento es generalmente único, brusco, de tal manera que á la porcion del canal que presenta su diámetro normal, se sigue inmediatamente la porcion estrechada cuyo orígen se debe á la retraccion del tejido cicatrizal en el lugar en donde ha producido su efecto el agente traumático. Respecto de la forma y de la longitud del estrechamiento, son muy variables segun la manera como se ha verificado el tratamiento. La abertura del estrechamiento puede ser central ó excéntrica, y la consistencia de sus tejidos es muy variable, pudiendo ser en algunos casos extraordinariamente duros y fibrosos. La genesis de estos estrechamientos es igual á la que en otros órganos determina la formacion del tejido fibroso á consecuencia de una herida, y las propiedades de la cicatriz son las mismas que en cualquiera otro canal.

Los estrechamientos de orígen inflamatorio difieren mucho de los anteriores; su forma es generalmente la de dos conos reunidos por sus vértices, de tal suerte que la parte estrecha en lugar de continuarse bruscamente con el canal normal de la uretra, como sucede en el caso de los estrechamientos traumáticos, se nota que el diámetro del canal va disminuyendo gradualmente hasta llegar á un punto en donde presenta su mínimun, y partiendo del cual no se encuentra tampoco inmediatamente el diámetro normal, sino que el canal se va ensanchando poco á

poco hasta adquirir su calibre ordinario; de aquí la forma especial que hemos indicado. Los estrechamientos de orígen inflamatorio son múltiples en algunos casos; en ciertos individuos existen tan próximos los unos á los otros, que vuelven el canal completamente sinuoso, haciendo muy difícil la introduccion de un estilete, por la irregularidad de la uretra. Aunque la forma indicada es la más comun, no es sin embargo la única, pudiendo verse estrechamientos que carecen de estos caracteres; algunos tienen la forma de una válvula que se abre del lado de la vejiga ó del lado del meato urinario; otros sin ser tan bruscos como los traumáticos no presentan sin embargo la figura infundibuliforme bien marcada, notándose en todos casos así en los estrechamientos inflamatorios como en los traumáticos, que detras de la porcion estrechada la uretra ofrece un ensanchamiento más ó ménos grande, el que es sobre todo comun en los estrechamientos antiguos y avanzados, que no dejan salir la orina sino dificilmente; esto, por lo demás, no es propio de la uretra, y aun pudiera considerarse como una ley de fisiología patológica, la dilatacion de los canales detrás de sus estrechamientos.

Relativamente al sitio de la lesion, se ha señalado como muy comun en la porcion bulbosa y despues por órden de frecuencia, la fosa navicular, no encontrándose en la porcion membranosa que está despro

vista del tejido llamado esponjioso, en el cual se admite hoy comunmente que se verifique el proceso patológico que dá por resultado los estrechamientos uretrales; en los demás puntos de la porcion esponjiosa, pueden presentarse tambien pero con ménos frecuencia que en los ya señalados.

Relativamente á la genesis de esta afeccion no todos los autores están de acuerdo; para algunos el estrechamiento seria debido á la transformacion en tejido fibroso, que sufririan los vasos de la porcion esponjiosa; para otros, seria el resultado de una neoplasia inflamatoria, que en nada diferiria de lo que se verifica en otros órganos y seria determinado por la flegmasia crónica, y muy particularmente por la blenorrágica. Sea de una ó de otra manera y sin discutir aquí cuál de las dos teorías sea más exacta, es en último análisis una hiperplasia de tejido fibroso, la que disminuye algunas veces hasta el extremo el diámetro del canal, sin que pueda negarse, como hemos visto ya en la etiología, que las blenorragias y particularmente las crónicas, son las que determinan con más frecuencia esta afeccion.

Independientemente de estas lesiones que son propiamente hablando, las de los estrechamientos, suelen encontrarse otras muchas como consecuencia de las primeras; en la uretra misma puede haber una induracion con infiltracion urinosa lenta, abscesos uretrales, bolsas urinosas, cálculos, trayectos fistulosos, etc., etc.

La vejiga puede tambien participar del proceso, y presentar los caracteres del catarro crónico algunas veces ulceroso, la dilatacion de sus paredes, la litiasis, etc. La próstata se encuentra en algunos casos inflamada ó hipertrofiada, los riñones mismos pueden presentar los caracteres de la nefritis crónica, como se observa tambien en los casos de cálculos vesicales. Otras veces se encuentra la infiltracion urinosa aguda con todos sus caracteres, en tal ó cual lóculo del perineo segun el punto por donde se ha roto la uretra para dejar escapar la orina, que no puede seguir su curso natural; la desgarradura puede ser más ó ménos extensa y las lesiones que determina el líquido urinoso al derramarse en los tejidos son algunas veces considerables pudiendo llegar hasta el flegmon ó la gangrena.

Todas estas lesiones, lo repito, son consecuencias del estrechamiento, y si no me detengo á describirlas minuciosamente, es por no separarme del todo de mi objeto, creyendo que con lo dicho es suficiente para lo que acerca de sintomatología y tratamiento tendré que decir despues.

SINTOMATOLOGÍA.

Pasa con los estrechamientos de la uretra lo que con tantas enfermedades lentas en su marcha y po-

co graves en sus principios; sería muy difícil si no imposible, determinar con exactitud el momento preciso en que la uretra comienza á estrecharse: el enfermo no recurre al médico, generalmente, sino cuando su afeccion está más ó ménos avanzada y cuando le han sorprendido ya las primeras manifestaciones de un mal que puede considerarse como constituido.

La inmensa mayoría de los enfermos refiere entonces la existencia anterior de una blenorragia más ó ménos prolongada y que data algunas veces de tanto tiempo atrás, que no le concede el paciente importancia alguna: si se insiste sobre los datos anamnésticos, se sabrá que en muchas ocasiones la blenorragia abandonando la forma aguda pasó á un estado crónico poco molesto y que se vió con descuido; en muchos casos se encuentra un escurrimiento actual, y es posible comprimiendo la uretra de atrás á adelante hasta la extremidad del glande, ver escurrir por el meato urinario una pequeña gota de pus, signo inequívoco de la afeccion blenorrágica.

El paciente nota que de algun tiempo atrás, ha disminuido el diámetro del chorro de la orina; que la miccion no se hace como antes con toda libertad; que la impulsion de la columna líquida ha disminuido de una manera muy sensible; que desciende verticalmente y que el enfermo se moja los pies. Estas alteraciones en la velocidad é impulsion de la colum-

na líquida se acompaña de otras no ménos notables en la forma de aquella; algunas veces la orina escurre bajo la forma de una hélice ó tirabuzon, otras se divide desde el punto de su salida en forma de regadera; estas modificaciones se explican facilmente atendiendo á los cambios que el conducto por donde escurre el líquido ha sufrido, así en su figura como en su diámetro, pues es sabido que la forma y dimensiones de los tubos por donde escurren los líquidos influyen poderosamente en la forma y demás caracteres de la vena fluida; tambien debe tomar parte en estos fenómenos el *cansancio* de la vejiga, cuyas paredes al principio hipertrofiadas llegan á dilatarse á la larga, perdiendo las fibras musculares su energía contráctil. Sea lo que fuere de estas explicaciones, el hecho en sí no es ménos cierto é importante para el diagnóstico.

En los primeros períodos de la afeccion es raro que los enfermos señalen otras perturbaciones, á no ser que en algunos casos se presente ya desde entonces el *catarro vesical*, complicacion frecuentísima de los estrechamientos uretrales, que tiende á aumentar la atonía de la vejiga y dá márgen á muchos sufrimientos; pero es lo más comun que la cistitis catarral no se presente sino en un periodo más avanzado del mal.

Los síntomas que brevemente he mencionado se exacerban poco á poco, y el dia ménos pensado el

enfermo nota con sorpresa, que á pesar de reiterados esfuerzos la orina se resiste á salir, la miccion se hace desde entónces muy difícil, el líquido escurre bajo la forma de un chorro muy delgado, *babeando* ó aun en gotas, la necesidad de orinar se hace sentir muy frecuentemente y el enfermo es despertado en la noche varias veces, por la urgencia imperiosa de expeler su orina; despues que este líquido ha salido, nota el paciente que algunas gotas escurren involuntariamente y siente mojada su ropa; como se comprende, esta exacerbacion de los síntomas funcionales marcha á la par con los progresos del estrechamiento; respecto al último signo que he mencionado, bien podria explicarse por la inercia creciente de la vejiga, que no pudiendo expulsar las últimas gotas de orina, éstas quedan detenidas en la dilatacion que generalmente existe detrás del estrechamiento (lo que pasa en todos los conductos membranosos estrechos), cuyas gotas son arrojadas despues sin la voluntad del paciente. Debo advertir que el síntoma que vengo señalando, suele presentarse desde el principio de la afeccion, en una época en que el estrechamiento no es aún muy pronunciado.

Cuando el enfermo se abandona, lo que por desgracia no es muy raro, el mal progresa sensiblemente, el líquido encuentra apénas un estrechísimo conducto por donde escaparse, las dificultades de la miccion son cada vez mayores, el enfermo no deja

el orinal y la orina se pone turbia, espesa y abandona un abundante sedimento, lo que unido al tenesmo, algunas ocasiones muy molesto, á los dolores vesicales y en la extremidad del glande, no dejan lugar á la duda de que el catarro de la vejiga ha venido á complicar la situacion. La permanencia de la orina en su receptáculo haciéndose cada vez más prolongada, trae por resultado necesario la alteracion de este líquido, que llega á hacerse francamente alcalino tomando un olor amoniacal muy pronunciado; esta alteracion en las propiedades químicas del líquido urinario, debe considerarse como una causa más para que el catarro se exacerbe ó se produzca si no existía desde ántes, llegando en ocasiones á tal grado los sufrimientos de la vejiga, que no es raro encontrar en las autopsías los caracteres especiales de la cistitis crónica ulcerosa propiamente dicha, y juntamente con este signo la dilatacion exajerada de aquel recipiente, la formacion de pequeñas cavidades en donde el líquido se acumula, así como lo que se ha llamado *vejiga en columnas*. Aunque estas diversas alteraciones no formen, propiamente hablando, parte integrante de los estrechamientos de la uretra, son sin embargo una consecuencia tan frecuente de éstos, que me he creido obligado á mencionarlos cuando ménos. Por la misma razon señalaré tambien la formacion de cálculos que no es raro encontrar en estas circunstancias y que como es na-

tural suponer, son producidos por los depósitos sólidos que deja precipitar la orina á causa de su permanencia prolongada; dichos cálculos suelen encontrarse tambien en la uretra detrás del estrechamiento como los autores los señalan y como yo mismo he tenido oportunidad de observarlo varias veces; no es raro, finalmente, que la glándula prostática tomando un participio activo en este proceso, sobre todo en los ancianos, se inflame ó se hipertrofie agravando considerablemente la situacion y haciendo la sintomatología más complicada.

Otro tanto digo de los estrechamientos que en la region próstatica de la uretra, son determinados por la inflamacion ó hipertrofia de la próstata; como esta glándula rodea á la uretra cerca del cuello vesical, cuando por cualquier motivo aumenta de volúmen impide la libre separacion de las paredes de la uretra y tiende á producir fenómenos semejantes á los de los estrechamientos propiamente tales, aun cuando no deba confundirse con éstos aquel estado, que si señalo es por no aparecer incompleto; siendo de notar, por lo demás, que estas alteraciones con frecuencia complican los estrechamientos

En estos casos aparece el tenesmo rectal al mismo tiempo que el vesical, aquel síntoma es algunas veces tan marcado, que origina al enfermo los más vivos sufrimientos, sin ser muy remoto que los esfuerzos continuados é infructuosos de defecacion, determinen

el prolapsus de la mucosa rectal, caso que he visto en un adulto.

Hasta aquí me he ocupado solo de los síntomas funcionales, y pienso tratar someramente ahora de los signos físicos, que son de tal manera importantes, que no seria posible sin ellos formarse un juicio exacto de la forma, del número, de la situacion y de la resistencia de los estrechamientos, así como de otras alteraciones que puedan complicarlos. El cateterismo es el medio especialmente empleado con este objeto: diversos autores han variado hasta lo infinito la naturaleza y forma de las sondas destinadas á tal objeto: se comprende, por otra parte, que segun sea la naturaleza del estrechamiento, debe variar la sonda empleada para reconocerlo. Se comienza generalmente por introducir una sonda ó bujía de diámetro medio para formarse idea del grado en que se encuentra la estrechez; si ésta es de un diámetro menor que la bujía empleada, se tropieza con un obstáculo tan pronto como la sonda ha alcanzado la parte estrecha, es posible algunas veces con un ligerísimo esfuerzo, que debe ser siempre moderado, é inclinando la sonda de tal ó cual modo y empleando para esto cierto artificio que solo la práctica puede enseñar, es posible, digo, salvar el estrechamiento, lo que se conoce fácilmente por una sensacion *sui generis* de resistencia vencida y por la facilidad con que la sonda continúa introduciéndose; detrás de dicho estrechamien-

to no es difícil encontrar otro ú otros que como el primero, puedan ser franqueables con la sonda empleada, ó no serlo.

Si la tentativa de cateterismo fracasa con la primera sonda que se emplea, observándose que despues de una prudente y moderada insistencia no es posible franquear el obstáculo, es preciso hacer uso de una bujía más delgada, lo que se repetirá cuantas veces fuere necesario para obtener éxito.

Esta simple exploracion nos dá inmediatamente una idea del número de los estrechamientos, notando cuántas veces es detenída la sonda antes de llegar á la vejiga: del grado más ó ménos avanzado de aquellos, por la mayor ó menor dificultad con que se tropieza en cada uno; de su situacion, que se conoce midiendo la porcion de sonda que ha penetrado cuando toca el estrechamiento, y tomando como punto de partida los datos que la anatomía suministra sobre la longitud media de las diversas partes de la uretra. Esta misma exploracion nos da á conocer si existen cálculos ó concreciones calcáreas en la uretra, por la sensacion particular que trasmite la sonda; asimismo es posible formarse hasta cierto punto una idea de la consistencia fibrosa y más ó ménos resistente de las paredes de la uretra en el punto estrechado; con relacion á la forma del estrechamiento, se han imaginado para reconocerla diferentes medios de exploracion, pero como esto encuentra un lugar más

natural en el diagnóstico, lo trataré allí especialmente enumerando las diferentes sondas inventadas con tal objeto, y que por medios á veces muy ingeniosos nos hacen conocer si el estrechamiento es anular, lateral ó valvular, así como la porcion más ó ménos grande de la parte estrecha. El tacto rectal puede suministrarnos importantes datos, haciéndonos conocer si la próstata está aumentada de volúmen, pues en este caso se nota un abultamiento característico al nivel de aquella glándula, lo que fácilmente se conoce al traves de las paredes rectales, advirtiéndose que al hacer la compresion el enfermo acusa un dolor particular y la sensacion de tenesmo.

Las complicaciones de las paredes vesicales no pueden reconocerse directamente sino por medios muy complicados: se han inventado endescopios dispuestos de diversa manera, y alumbrados aun con la luz eléctrica; todos ellos son difíciles de manejar y con mayor razon tratándose de una uretra estrechada, en la cual su aplicacion seria verdaderamente imposible.

Reasumiendolo que precede, podemos decir que los signos físicos se deducen del catetenismo y del tacto rectal, medios que hábilmente aplicados pueden dar resultados muy ventajosos.

MARCHA, DURACION Y TERMINACION.

Como hemos dicho ya, la marcha de esta afeccion es esencialmente crónica; determinando al principio molestias más ó ménos tolerables, llega un momento en que por los progresos mismos de la enfermedad, acaban los diferentes síntomas que he descrito por revestir un carácter alarmante; la nutricion general como en todos los estados graves del organismo, se resiente á la larga de las perturbaciones urinarias y los enfermos se enflaquecen, revelándose en su semblante la gravedad del mal más ó ménos tarde, sin que sea preciso fijar precisamente el tiempo trascurrido, pues varía en cada caso (desde algunos meses hasta varios años), llega á presentarse un acceso formal de retencion de orina y entonces pueden presentarse diversas eventualidades; algunas ocasiones el acceso se conjura, ya espontáneamente, ya bajo la influencia de un tratamiento convenientemente dirigido (como la introduccion de una candelilla); la orina recobra entonces su curso y el enfermo se cree restablecido; no es raro que estos accesos se presenten varias veces en el curso de la enfermedad, dependiendo probablemente de una turgecencia inflamatoria que aumenta temporalmente el estrechamiento y que puede disiparse despues; de que alguna pequeña concrecion desprendiéndose del lugar que ocupaba viene á obturar el canal ya estrechado, y cuya ex-

pulsion ó desalojamiento lo dejan permeable; de un aumento en el volúmen de la próstata, ó de otras circunstancias fortuitas.

Cuando el enfermo se abandona, lo que es comun en la clase pobre y en las pequeñas poblaciones desprovistas de hospitales ú otros recursos médicos, sobreviene por fin un acceso de retencion, que léjos de tener la benignidad de los primeros, llega á presentarse con un carácter marcado de gravedad por su grado y por su persistencia; si el médico interviene oportunamente, se puede aún con la operacion que describiremos despues, conjurar completamente el peligro y el paciente recobrará entonces su salud; por desgracia no siempre pasa lo mismo, y la orina acumulándose atrás de la estrechez, produce un atirantamiento cada vez mayor en la vejiga y en la parte del canal excretor situado atrás del punto estrecho. Los sufrimientos son en este último caso muy vivos, la necesidad no satisfecha de la miccion produce una sensacion dolorosa é insoportable, el enfermo no puede estar quieto un momento, se revuelca en su cama expresando la más cruel angustia, y aun algunas veces impulsado por una necesidad invencible, se levanta y comprime las partes dolorosas. Lo que acabo de decir, no pasa, sin embargo, en todos casos; la susceptibilidad individual debe tener en esto algun participio: si bien he visto algunos enfermos en el angustioso estado que he descrito, he encontrado tam-

bien otros tan indolentes que apénas han dado muestras de dolor, á pesar de que los fenómenos han llegado á tal altura, que la uretra se ha roto y la orina se ha infiltrado.

La infiltracion de este líquido es, en efecto, un serio peligro que amenaza á los enfermos, y cuando no son atendidos á tiempo poniéndose un pronto y eficaz remedio, aquel peligro se trasforma en realidad, y segun el punto en que la uretra se desgarra, la orina se infiltra en los diversos lóculos del perineo, traduciéndose al exterior esta terrible complicacion, por un abultamiento más ó ménos notable en el escroto, en el pene ó en el hipogastro, segun el sitio de la desgarradura y por consiguiente, segun las oponevrósis perineales, que al modo de una barrera limitan hasta cierto punto y localizan la infiltracion; el caso más grave es aquel en que el líquido derramándose en el lóculo perineal superior, va á producir su accion flogógena y destructora en la pequeña pélvis.

La hinchazon que determina el líquido urinoso al infiltrarse, difícilmente se confundirá con otros estados morbosos, sobre todo si se atiende á los antecedentes; cuando se verifica en el escroto puede éste adquirir un volúmen excesivo, se presenta con el aspecto de un edema pálido al principio y rojizo más tarde por la infiltracion en el tejido celular, tan flojo de aquella envoltura testicular; es á veces tan grande la hinchazon, que seria difícil si no imposible tocar la

glándula espermática á través de sus envolturas engruesadas; por lo comun la infiltracion es más marcada en uno de los dos lados, aunque á veces suele ser igual en ambos. Cuando el pene está infiltrado, adquiere tambien enormes proporciones, y afluyendo el líquido al tejido celular fino del prepucio, le hincha á tal extremo, que es muchas veces imposible ántes de hacer algunas escarificaciones, poder bajarlo para describir el glande y el meato urinario. En el hipogastro, se presenta la infiltracion con caractéres análogos, pero nunca el abultamiento es tan marcado, lo que depende de la diferencia de estructura del tejido conectivo de estas diversas regiones.

El contacto de la orina con los tejidos nunca es inocente; su presencia tiene una accion flogógena manifiesta, y una flegmasía muy intensa no tarda en presentarse, siendo muy posible que la inflamacion revista un carácter séptico muy marcado; basta un corto espacio de tiempo para que se produzca un flegmon y se forme una abundante cantidad de pus, que se retira mezclado con orina, al hacer incisiones; muchas veces la necrobiósis de los tejidos complica este estado flegmásico y es á veces tan grande la accion séptica de la orina, que se desprenden gases pútridos, los que infiltrándose en las mallas del tejido conectivo, originan lo que se ha llamado enfisema espontáneo y que se revela por una sensacion característica de crepitacion; este estado local se acompa-

ña de fenómenos generales no ménos graves: la reabsorcion de la orina y de los productos sépticos, da lugar á la uremia y á la septisemia, que vienen acompañadas de reaccion febril intensa, precedida de violentos calosfrios; la lengua se pone seca, la piel se cubre de sudor, el pulso se acelera y se concentra, y muchas veces, cuando no se pone el remedio oportuno, la muerte no tarda en seguir á este terrible cortejo de síntomas.

Otras veces la muerte es originada por un mecanismo distinto; los progresos de la inflamacion vesical, que puede propagarse hasta los riñones, al decir de algunos autores, bastan por sí solos para quitar la vida despues de prolongados sufrimientos, durante los cuales el enfermo se destruye y enflaquece.

En otras circunstancias más felices, se forman trayectos fistulosos, ya en el periné, ya en el escroto ó ya en el pene, segun el punto donde el estrechamiento tiene su sitio; estos trayectos, que comunican con una abertura de la uretra situada más allá del estrechamiento, dan paso á la orina sin que este líquido tenga gran tendencia á reabsorberse, pues las paredes fibrosas del canal fistuloso, forman un dique que se opone al paso de aquel líquido. Son, sin embargo muy molestos y no tienden á la curacion, pues mientras el estrechamiento persiste, es en vano oponerles cualquier medio.

Respecto de la curacion espontánea de los estre-

chamientos fibrosos de la uretra, no conozco personalmente ningun caso ni los he visto citados en los autores que han llegado á mis manos; algunos enfermos aseguran haberse curado por medios internos y sin intervencion alguna de la cirujía; este solo hecho bastaría para creer que no han tenido el verdadero estrechamiento orgánico, pues de ninguna manera es concebible que estos estrechamientos, esencialmente fibrosos y de marcha progresiva, puedan ensancharse por sí solos.

Ya hemos dicho que la duracion de esta enfermedad es muy variable, siendo imposible decir nada acerca de ella de un modo general. No es raro ver marchar la afeccion con suma rapidez y determinar grandes accesos de retencion en el espacio de unos cuantos meses; pudiendo citarse en contraposicion de estos casos, los relativos á algunos enfermos que durante muchos años llevan un estrechamiento uretral, sin sufrir por esto trastornos demasiado graves.

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico de esta enfermedad puede dividirse en dos partes: primero se trata solamente de saber si la uretra está estrechada, distinguiendo esta afeccion de otros estados patológicos con los cuales pudiera confundirse; despues es necesario investigar el sitio, forma, número y naturaleza de los estrecha-

mientos. Si la primera parte del diagnóstico no presenta en la inmensa mayoría de los casos sérias dificultades, no sucede lo mismo con la segunda, cuando se tiene que hacer un diagnóstico preciso y minucioso del estado de la uretra.

Para resolver simplemente si hay ó no estrechamiento, puede ser muy útil el conmemorativo del enfermo: casi siempre se encontrará entre sus antecedentes la existencia anterior de una ó varias blenorragias, que han durado largo tiempo; se podrá saber tambien si algun traumatismo, por ejemplo una caida sobre el perineo, ha podido producir una desgarradura en la uretra, seguida de la formacion de un tejido cicatricial retráctil; los síntomas actuales son demasiado concluyentes é indican casi siempre con claridad, que el canal excretor de la orina ha disminuido de calibre, si el chorro urinario se adelgaza cada dia, si pierde su velocidad de impulsion, si sale bajo la forma de tirabuzon ó regadera, si despues de concluida la mixion quedan en la uretra algunas gotas del líquido que escurren despues; todo esto indica con evidencia que el canal por donde el líquido escurre se ha estrechado, pues tal conjunto de síntomas no pudiera ser determinado por otra causa; solo queda la cuestion de saber cuál ha sido la causa del estrechamiento, las complicaciones que le acompañan y las demás circunstancias que á aquel se refieren.

Si el conocimiento de los síntomas funcionales nos conduce con mucha probabilidad á diagnosticar la lesion, el empleo de los medios físicos no deja lugar á la duda; hemos dicho ya, tratando de la sintomatología, que el cateterismo es el medio que con tal objeto debe emplearse. Debemos, sin embargo, insistir sobre ciertas minuciosidades que muy particularmente se refieren al diagnóstico de la forma y naturaleza del estrechamiento. Se han empleado para esta exploracion diversos medios que paso á mencionar rápidamente, por estar descritos en todos los autores.

Entre los instrumentos más usados se encuentra la bujía llamada olivar, por la forma de su extremidad; segun algunos, sería más conveniente dar á la pequeña oliva en que termina la bujía, la forma de dos conos unidos por su base; segun otros la forma de un solo cono sería más conveniente. Como se comprende, la costumbre de emplear un instrumento de tal ó cual forma influye mucho sobre la preferencia que se le concede. La bujía olivar introducida convenientemente dá diversas sensaciones, segun la naturaleza del estrechamiento: si se trata de una brida cicatricial, se nota que despues de introducir la sonda con facilidad hasta cierto punto, sigue despues una detencion, la que se salva con facilidad relativa, tan pronto como se pasa el estrechamiento. Por el contrario, si se trata de un estrechamiento orgánico

debido á una uretritis crónica antigua, blenorrágica ó no, las sensaciones son muy diferentes, lo cual se debe á la forma especial del estrechamiento, que bien pudiera figurarse por dos conos unidos por su vértice; así es que en lugar de una detencion brusca y franca del instrumento explorador, se nota un tiempo de detencion seguido de un obstáculo creciente, debido á que la bujía penetra al primer infundíbulo que se estrecha poco á poco; en cierto momento del cateterismo hay una verdadera detencion, cuando la extremidad de la bujía ha llegado al punto de union de los dos infundíbulos; tras de esta detencion, que puede salvarse siempre que el estrechamiento no sea muy pronunciado, ni el diámetro de la sonda muy grueso, se nota una especie de frotamiento, debido á que la sonda ha penetrado en el segundo cono; finalmente, despues de esta sensacion se experimenta la de resistencia vencida y la bujía continúa pasando. En el caso de que existan varios estrechamientos orgánicos, cada uno de ellos dá lugar á iguales sensaciones que se reproducen en el mismo órden; ya hemos dicho que de la longitud de la parte introducida de la sonda hasta donde se tropieza con los obtáculos, se puede inferir aproximadamente el sitio del estrechamiento; que del número de obstáculos con que se tropieza, se deduce el número de puntos en que el canal está estrechado; que la longitud misma del estrechamiento se conoce por la longitud

de la bujía que penetra con dificultad, y añadiremos ahora que para conocer la forma exacta de la estrechez y su sitio central ó excéntrico, se han imaginado varios exploradores como el de Ducamp y el de Amussat, cuyos resultados no son en la mayor parte de los casos satisfactorios. Amussat queriendo determinar con precision la forma del estrechamiento, su longitud y la situacion central ó excéntrica de su luz, ha inventado una sonda que lleva su nombre y cuyo uso está fundado en las impresiones que sobre los cuerpos blandos y maleables como la cera, deja un canal con el que permanece algun tiempo en contacto; su bujía construida de goma elástica, lleva en la extremidad un pequeño pincel, que despues de haberse introducido en una pasta especial que tiene por base la cera y que es propia para tomar impresiones, se introduce hasta el estrechamiento, dejándole el tiempo necesario para que la cera se amolde exactamente en el lugar estrecho; retirando despues la bujía se infiere la forma de la estrechez, de la tomada por la estremidad de la sonda. Segun Amussat, se podria llegar de esta manera á un diagnóstico preciso.

Sin embargo, el procedimiento de Amussat es en el dia poco usado, pues requiere muchas precauciones sin las cuales son los resultados inexactos ó equívocos; comprendiéndose fácilmente que al retirar la sonda, puede tomar la cera una forma distinta de la que tenia en el estrechamiento.

Ducamp por su parte imaginó un esplorador que lleva su nombre, y que se compone de una sonda metálica recta, que tiene en la parte lateral de su extremidad una pequeña abertura; dicha sonda está atravezada por un mandrin á cuya extremidad está soldado un pequeño cuerpo de forma lenticular, que hace salida por la parte abierta de la sonda; se introduce ésta de manera que la pequeña lente no forme ninguna salida, y cuando se ha llegado más allá de la porcion estrecha se imprime al mandrin un movimiento de rotacion, lo que hace salir la lente de uno ú otro lado de la sonda; al retirarla, si hay alguna brida ó estrechamiento lateral, será enganchado por la pequeña lente, notándose un obstáculo para seguir retirándola.

Segun Ducamp, su sonda servirá no solo para diagnosticar el estrechamiento, sino tambien para determinar la pared del canal en que se halla situado. Al decir de otros autores, sin embargo, las indicaciones de este instrumento son inesactas, pudiendo hacer creer en bridas que no existen al enganchar la lente un pliegue de la mucosa uretral; sea de esto lo que fuere el instrumento de Ducamp, es ahora poco usado, prefiriéndose á él las bugias de estremidad olivar; se han empleado tambien para la exploracion, de los estrechamientos de la uretra, extiletes metálicos de extremidad olivar, bugias de cera ó de tela cubiertas de un barniz especial; no de-

jaremos de mencionar la bugia ensortijada de Leroix, (D'Etiolles,) que por la forma de su extremidad, puede ser muy útil en los estrechamientos que á causa de su situacion lateral, no serian sino dificilmente accesibles á una sonda comun, siendo útil dicha bugia no solo para diagnóstico sino para el tratamiento. Recordaremos, por último, la sonda de ballena, terminada por una serie de inflamientos de diámetro creciente, que tendria la ventaja de reunir en un solo instrumento, bujías de diverso grueso, pudiendo determinar con ella el grado de la estrechez, por el diámetro del inflamiento hasta donde puede penetrar la sonda.

Ya se emplee cualquiera de estos instrumentos ó algun otro de los que con el mismo fin se han inventado, los signos del estrechamiento son verdaderamente patognomónicos, quedando despues tan solo determinar su órigen y naturaleza, lo que se conseguirá por los antecedentes y el estudio minucioso de la próstata y de la vegiga.

Es importante hacer notar que la operacion del cateterismo puede determinar en algunas personas nerviosas é impresionables, accidentes que pueden llegar hasta la lipotimia y que son producidos por una accion refleja; de donde se infiere que la exploracion debe hacerse con exquisito tacto y suspenderse en el caso en que se presente el accidente á que aludo, siendo muy conveniente prescribir al en-

fermo algunos anti-espasmódicos, como el bromuro de potasio, ántes de intentar nuevamente el cateterismo.

Es tambien comun cuando se explora la uretra que, ya por el temor del enfermo ó ya por un acto puramente reflejo, determinado por el simple contacto de la sonda, las fibras musculares de la porcion membranosa de la uretra y los músculos del perineo, se contraigan espasmódicamente, impidiendo que penetre el instrumento explorador. Es muy útil en tales casos distraer la imaginacion del paciente, bastando á veces dirigirle algunas preguntas que desvíen su atencion de la mano del operador, para que éste llegue con facilidad al objeto que se propone; si esto no dá resultado es útil dejar la sonda en el lugar que ocupa por un breve espacio de tiempo, porque así el contacto se prolonga y llega á hacerse más soportable, cesando despues el espasmo de las fibras musculares. Si éste fuera invencible por los medios comunes y si fuere de urgencia introducir una bujía en caso de retencion, por ejemplo, para practicar la uretrotomía interna, no habrá otro medio mejor que la administracion del cloroformo con las precauciones que demanda el empleo de este agente anestésico.

Para diferenciar el estrechamiento orgánico de la uretra, de otros estados morbosos con que pudiera confundirse, se debe atender á los síntomas propios

de cada uno de ellos. Ya hemos hablado del estrechamiento puramente espasmódico, que casi siempre se presenta con un carácter intermitente; este género particular de estrechamiento existe en la porcion membranosa ó muscular de la uretra, y carece de los signos propios del estrechamiento fibroso; por otra parte, es raro que sea idiopático, y siempre complica á algun estado patológico del aparato urinario y se le encuentra en las inflamaciones agudas de la uretra, de la vejiga ó de la próstata, siendo producido como en otros canales por la contraccion refleja, cuyo punto de partida está en el sitio doloroso. Respecto á la hipertrofia de la próstata que se opone á la libre salida de la orina, ya por el hecho mismo del crecimiento de la glándula, ya porque exagera la curvatura de la uretra á su nivel, se reconocerá por sus signos propios, pudiendo dar el tacto rectal mucha luz sobre esta materia, siendo de advertir que las afecciones prostáticas complican muchas veces los estrechamientos, por lo cual nunca debe despreciarse el estudio minucioso de aquel órgano.

Tampoco pudiera confundirse con los estrechamientos de la uretra, la contraccion espasmódica del esfinter de la vejiga, que se presenta en las enfermedades propias de este órgano, las cuales son de tal naturaleza que no podrían pasar desapercibidas.

Respecto del estrechamiento del anillo fibroso del bulbo, puede distinguirse por el sitio que ocupa, por

el obstáculo brusco que presenta al retirar la extremidad olivar de la bujía, y por la extension muy corta de la parte estrechada; por otra parte, este diagnóstico muy difícil, como Delefosse asegura, no tiene importancia práctica, puesto que su tratamiento es el mismo que en la otra especie de estrechez.

Finalmente, el diagnóstico de las complicaciones se hace por los síntomas propios á cada una de ellas, aunque hay algunos casos bastante difíciles. Un calculo vesical, por ejemplo, no podrá reconocerse sino con suma dificultad, pues siendo imposible la introduccion de una sonda metálica de cierto diámetro y pudiendo apenas caber candelillas delgadas y flexibles, se comprende que falta el signo patognomónico; es decir, la sensacion particular de choque que acusa la existencia de un cálculo en la vejiga: el diagnóstico solo se establecerá con certidumbre, despues de haber ampliado el canal de la uretra; pero salvo este caso especial, casi siempre es posible llegar á un diagnóstico de las alteraciones que muchas veces se añaden al estrechamiento.

PRONÓSTICO.

Por lo que llevamos dicho en los artículos anteriores se comprende que el pronóstico de esta enfermedad no puede formularse de una manera absoluta, sino que depende de una infinidad de circunstan-

cias variables en cada caso particular. Cuando el estrechamiento está en su principio, cuando es todavia posible la introduccion de bugías de cierto diámetro, cuando ninguna complicacion se presenta en la vejiga ni en ningun otro de los órganos que á la larga llegan á alterarse, el pronóstico es relativamente benigno y la enfermedad cederá fácilmente bajo la influencia de un tratamiento adecuado. Por el contrario, si la estrechez se halla á un grado tal que se opone seriamente al paso de las candelilias más finas, si el recipiente urinario ha llegado al período de dilatacion que sigue á la hipertrofia de sus músculos, muy particularmente si ofrece la cistitis ulcerosa; si alguna complicacion de importancia como la litiasis úrica se añade á la enfermedad primitiva, el pronóstico lejos de ofrecer la benignidad que hemos supuesto en el caso anterior, es demasiado grave y tanto más cuanta mayor importancia ofrecen las complicaciones.

En el caso de que la orina se haya infiltrado en los tejidos por una ruptura de la uretra, el pronóstico es el mismo de la infiltracion urinosa; la cual, como es sabido, es tanto más perjudicial cuanto más alto es el punto de donde el líquido se escapa, siendo este accidente mortal en un gran número de casos.

Se vé, por lo expuesto, que los estrechamientos uretrales pueden producir, desde simples molestias

hasta la muerte segun su grado y sus complicaciones, sin que sea posible asignar de un modo general la gravedad del pronóstico. Hay sin embargo algunas circunstancias que influyen mucho sobre dicha gravedad, y que aunque varían de uno á otro caso se prestan sin embargo á consideraciones generales. La edad, por ejemplo, tiene sobre el pronóstico una influencia muy marcada: en un jóven el estrechamiento uretral es siempre ménos grave que en un anciano, y esto por dos motivos; primero, porque el vigor mismo de la juventud es una circunstancia que facilita el tratamiento de la enfermedad; segundo, porque ésta casi siempre se acompaña en los viejos de la hipertrofia de la glándula prostática, alteracion que agrava singularmente el pronóstico, por las razones que en otro lugar he expuesto. El número y la naturaleza de los estrechamientos deberá tambien modificar el juicio que el cirujano se forme sobre la gravedad del mál: fácilmente se comprenderá que á mayor número de estrechamientos, debe corresponder mayor dificultad para la curacion y por lo mismo mayor gravedad en el mal.

La naturaleza del estrechamiento influye tambien como hemos dicho sobre el pronóstico. En efecto los estrechamientos fibrosos formados de un tejido esencialmente retráctil, son más graves que aquellos cuyo tejido no es tan duro; los primeros progresan más rápidamente y ofrecen mayor tendencia á reincidir,

los últimos siguen una marcha más lenta y se curan con más facilidad. Los estrechamientos traumáticos que se presentan bajo la forma de una brida lineal, generalmente hablando, son ménos graves que los llamados orgánicos, casi siempre blenorrágicos; pues en éstos la porcion estrechada de la uretra es mucho más larga y algunas ocasiones son múltiples. Es necesario tambien tener en cuenta el sitio de la estrechez; á mayor profundidad corresponde, de una manera general, mayor gravedad, tanto porque el sitio de la afeccion es ménos accesible á los instrumentos quirúrgicos, cuanto porque en caso de una ruptura que se hace siempre atrás del estrechamiento, mientras más lejano sea éste, la infiltracion urinosa tiende á hacerse en un punto más elevado. Hay, sin embargo, algunas circunstancias fortuitas que nunca deben perderse de vista: tal es, verbi-gracia, la forma particular del estrechamiento, su situacion central ó excéntrica, la presencia de concreciones fibrosas detrás de él y la existencia de válvulas que permitiendo, aunque con dificultad, el paso de la orina, se oponen á la introduccion de la sonda, ó que por lo contrario dejando pasar los instrumentos con mayor ó menor dificultad, se oponen á la salida del líquido, lo que depende de que estas válvulas pueden abrirse de dentro hácia afuera ó vice-versa. Si la estrechez está situada lateralmente, es más difícil la introduccion de las candelillas, porque éstas si-

guiendo el eje del canal que las ha conducido en la primera parte de su trayecto, no tienen gran tendencia á penetrar por una abertura desviada lateralmente de dicho eje. Sucede algunas veces en estas circunstancias, que por más empeño que se ponga en el cateterismo, este fracaza aun en las más diestras y ejercitadas manos; les ha acontecido á autores de mérito no poder introducir una candelilla aun muy fina, en casos semejantes, á pesar de que la orina podia escurrir bajo la forma de un chorro muy delgado; como ellos mismos refieren, han tenido que aplazar para otra sesion la introduccion de la bujía, sin ser remoto que lo que no se habia logrado primero aun con gran dificultad, se consiga despus muy fácilmente. Esto se explica de una manera satisfactoria si se atiende á que por la misma direccion del estrechamiento, la extremidad de la sonda no puede penetrar sino en cierta posicion é inclinándola de tal ó cual modo; de aquí resulta que es necesario proceder por tanteos, consiguiéndose á veces, por una favorable casualidad, que la sonda se introduzca por el punto deseado, para estos casos es muy útil una bujía ensortijada semejante á la de Lerroy, de que hemos hablado en otra parte. Si en un estrechamiento de este género no se toman las debidas precauciones, procediendo con mucho tino y paciencia en el cateterismo, es cuando ménos posible producir una pequeña desgarradura de la uretra; es precisamente

esta dificultad en el tratamiento, lo que debe variar la gravedad del pronóstico. Otro tanto pudiéramos decir de las concreciones calculosas situadas atrás del punto estrecho que suelen oponerse tenazmente á la penetracion de las bujías; basta en ocasiones que se desvíen ligeramente para que el instrumento penetre con facilidad. Respecto de las válvulas, por su disposicion misma suelen oponer una tenaz resistencia al paso de las candelillas, y muchas veces solo logra conseguirse su introduccion despues de minuciosos ensayos.

Por estas diversas razones decía yo al principio de este artículo, y repito ahora, que la gravedad del pronóstico está tan relacionada á tantas y tan variadas circustancias, que para establecerlo justamente es necesario meditar minuciosamente en cada caso especial.

TRATAMIENTO.

Es mucho lo que se ha escrito sobre el particular, á tal grado que bastaria consultar los numerosos autores que de esto se han ocupado, para formar un artículo demasiado extenso; pero no siendo mi ánimo tratar esta materia tan importante con toda la extension debida, me conformaré con señalar los diferentes métodos empleados para curar los estrechamientos uretrales, fijándome muy particularmen-

te en la uretrotomía interna, á propósito de la cual referiré mis propias observaciones. Uno de los métodos más en boga ha sido y aun es ahora para los casos que á él se prestan, el de la dilatacion lenta y progresiva; dicho método está fundado en la posibilidad de introducir una sonda que por su contacto con el punto estrecho, prolongado por un corto espacio de tiempo, determine la dilatacion del estrechamiento, en virtud de la elasticidad de los tejidos que le forman. Esta primera dilatacion es seguida despues de otra más amplia que se consigue introduciendo una sonda de mayor diámetro por el estrechamiento ya ligeramente ampliado; esta segunda dilatacion vá seguida de una tercera que se consigue con una sonda más gruesa que las dos primeras; continuando de este modo y dejando entre la aplicacion de una sonda y la que le sigue, un intervalo de uno ó varios dias, se llega á conseguir para el canal de la uretra un diámetro suficiente para que la orina salga sin estorbo alguno.

Las prácticas manuales que se han empleado para llevar á cabo este método, han variado hasta el infinito; cada autor ha dado la preferencia á diversas clases de sondas, empleándose las de goma elástica, de ballena, de tela, de cera, de diversos metales ó de marfil. La forma que se da á estas sondas varía tambien extraordinariamente; quieren algunos que la extremidad se termine en punta, con objeto de

que ésta éntre fácilmente por la parte estrechada, y los otros por el contrario las hacen terminar por un pequeño hinchamiento en forma de oliva, temiendo que la punta aguda de la sonda pueda producir una desgarradura y aun una falsa vía. Esta última forma es actualmente la más aceptada; casi todos los autores, así como los prácticos, convienen en que es realmente la mas útil, tanto por ser inofensiva cuanto porque el hinchamiento olivar facilita la introduccion de la candelilla, distendiendo, sin herir, los pliegues mucosos que encuentra á su paso. Respecto de la materia de que se construyen las sondas, podemos distinguir éstas en elásticas y rígidas; las primeras tendrían la ventaja de acomodarse á las sinuosidades del canal, tomando fácilmente su forma, aunque pueden doblarse al tropezar con un estrechamiento; sin embargo, esta última propiedad debe considerarse como una ventaja más bien que como un inconveniente; en efecto, la introduccion de una sonda por la uretra estrechada, más que fuerza, exije habilidad operatoria, y es por lo tanto una garantía, que la misma flexibilidad de la sonda le permita doblarse impidiendo que penetre á viva fuerza. Las sondas rígidas son, por lo contrario, impropias para acomodarse á las flexuosidades uretrales, sobre todo en los puntos estrechos, y nunca pueden considerarse tan inocentes como las primeras, pues con cierto esfuerzo pueden determinar una ruptura,

sobre todo si terminan en una extremidad puntiaguda; por esta razon se da generalmente la preferencia á las bujías elásticas.

Se han construido tambien de laminaria; como es sabido, esta sustancia tiene la propiedad de hincharse por la accion de la humedad, y se usaban, fundándose precisamente en esta propiedad, con la esperanza de que una vez introducida la sonda en el estrechamiento, lo dilatara al aumentar de volúmen. Sin embargo, en la actualidad han caido en desuso, pudiéndose decir que son universalmente proscritas; el mecanismo particular por el cual obran, puede referirse á la dilatacion brusca, más bien que á la lenta y progresiva, por lo cual son demasiado peligrosas y tanto más que al retirarlas se suele experimentar serias dificultades, por el hinchamiento que han sufrido, y algunas veces no se sacan sin desgarrar la uretra.

Con relacion al órden creciente de los diámetros de las bujías que se emplean con el objeto indicado, no están de acuerdo todos los autores; algunos quieren que cada bujía tenga un diámetro de un sexto de milímetro mayor que el de aquella que le precede; Beniqué ha hecho construir una serie de esta naturaleza formada de sesenta sondas, de manera que la última ofrece un diámetro de diez milímetros. Phillips ha construido otra serie, en la que cada sonda tiene de diámetro un cuarto de milíme-

tro más que la anterior; quieren otros que la diferencia de una sonda á la siguiente, no sea sino de un tercio de milímetro; y algunos, por último, creyendo que es todavía muy pequeña la diferencia, aumentan el diámetro de su serie de medio en medio milímetro.

Uno y otro de estos extremos sin duda alguna son exajerados; así es que autores recomendables y prácticos hábiles, están de acuerdo en que la serie preferible es la que procede por tercios de milímetro.

Ya sea que se emplee una ú otra de las variedades de sondas mencionadas, se procede por lo general de la manera siguiente: acostado el enfermo sobre el dorso, doblados los muslos sobre el vientre y las piernas sobre los muslos, á fin de que se relajen los músculos abdominales, se coloca en seguida el cirujano del lado derecho del paciente; despues de haber engrasado la sonda que se elija, toma el pene con la mano izquierda, procurando descubrir el meato urinario y procediendo previamente á ampliarlo en caso de necesidad.

Se comienza por lo comun con una bujía de un diámetro tal, que segun los síntomas observados, pueda franquear el estrechamiento sin gran dificultad, y se nota que la bujía deslizándose primero libremente, se detiene en la parte estrechada, percibiéndose las sensaciones de que he hablado ya en la sintomatología.

Si la sonda pasa con gran facilidad el estrechamiento, lo que induce á creer que su diámetro es mucho menor que el de este último, se pasa inmediatamente á otra bujía de diámetro mayor; al contrario, sí se resiste completamente á entrar despues de algunos ensayos prudentes y reiterados, se abandona esta sonda eligiendo otra más delgada. Sucede á veces que por más empeño que se ponga, no puede penetrar ninguna bujía: si despues de haber insistido durante cierto tiempo, que no deberá ser muy largo, se reconoce que es imposible el paso del instrumento, no obstante que la orina puede aún escurrir, la prudencia aconseja que no se insista sobre el cateterismo en la misma sesion, pues los ezfuerzos prolongados son contraproducentes; el contacto continuo con las paredes de la uretra y el frotamiento de éstas, determina al fin su tumefaccion por la affluencia de la sangre á sus vasos, circunstancia que cada vez dificulta más la operacion y aun puede originar una pequeña desgarradura, lo que se conoce en que al retirar la sonda su extremidad está cubierta de sangre, ó en que algunas gotas de este líquido escurren por el meato urinario. La desgarradura por pequeña que sea no es inocente, va seguida siempre de la absorcion de una cantidad más ó ménos pequeña de orina que da lugar á calosfrio y á movimiento febril.

Si lejos de insistir sobre el cateterismo, se desiste

de él aconsejando al enfermo el reposo, un baño tibio prolongado y se le administran bromurados y opiaceos á pequeñas dósis, es muy comun que al dia siguiente se consiga, con cierta facilidad relativa, lo que no pudo obtenerse la víspera á costa de grandes dificultades.

Se han aconsejado diversos medios para facilitar la introduccion de las candelillas, cuando estas se resisten á entrar; se ha dicho que las inyecciones moderadamente forzadas hechas con un líquido aceitoso, pueden ser favorables; en un caso he podido convencerme de la utilidad de este medio empleado con prudencia; algunos aconsejan la introduccion al mismo tiempo de dos candelillas de diverso diámetro, de las cuales la más gruesa ampliando el principio del estrechamiento facilita el paso de la segunda.

He observado esto último en un enfermo en quien tuvimos que practicar la uretrotomía interna, para lo cual era preciso introducir previamente una candelilla de Maisonneuve; despues de inútiles tentativas pudo penetrar fácilmente y sin ningun esfuerzo, una candelilla muy delgada que con otra gruesa se habia introducido hasta el punto donde comenzaba la estrechez. Se comprende no obstante que es necesario proceder con las mayores precauciones. He notado tambien algunas veces, que variando la postura del enfermo se logra introducir la bujía; de suerte que lo que no podía conseguirse acostado el pa-

ciente sobre el dorso, se logra poniéndolo de lado; por último, en otra ocosion he hecho penetrar la bujía haciendo orinar al enfermo é introduciendo aquella inmediatamente despues. Si estos diversos medios fracasaren, es necesario, como he dicho ántes, aplazar la operacion para más tarde.

Cuando se ha logrado introducir una candelilla, se la deja cierto tiempo en contacto con el estrechamiento, retirándola en seguida para introducir más tarde el número siguiente de la serie. No todos los autores están de acuerdo acerca del tiempo que debe permanecer la sonda en la uretra, ni tampoco sobre el intervalo que debe mediar de una sesion de cateterismo á la siguiente; casi todos opinan que la candelilla no debe permanecer sino unos cuantos minutos y que debe retirarse luego; pero al paso que unos pretenden que la operacion debe repetirse diariamente, otros quieren que no se haga sino cada tercer dia. De esta última opinion es Civiale, segun el cual la sonda no debe permanecer sino unos cuantos minutos en el canal de la uretra, sin pasar á la candelilla siguiente sino dos dias despues; recomienda esta manera de proceder para los individuos muy irritables, en los cuales el contacto prolongado de una sonda basta para producir accidentes generales.

Sucede algunas veces que despues de haber introducido una bujía de un número determinado, es imposible en la sesion siguiente introducir la candeli-

lla del número inmediatamente superior, y aun algunas veces se observa con sorpresa que no puede penetrar ya la que la víspera penetraba libremente, ni aun otras mas delgadas; este fenómeno, á primera vista muy raro, puede explicarse, sin embargo, hasta donde es posible, si se reflexiona que de un dia á otro pueden producirse en las paredes uretrales ciertas modificaciones que se oponen temporalmente al paso de las bujías. Hemos dicho en efecto que el cateterismo reiterado origina la turgescencia congestiva y aun inflamatoria de las paredes del canal, y fácilmente se infiere que si éste está ya naturalmente estrechado, opondrá mayor resistencia al paso de una sonda cuando venga á añadirse á la estrechez la tumefaccion de la mucosa.

Si tal caso se presentare, es necesario no esforzarse para hacer pasar la candelilla; basta esperar uno ó varios dias para que vuelvan á penetrar las sondas que ya habian entrado desde ántes.

Tampoco están de acuerdo los autores sobre el grado de dilatacion á que debe llevarse la uretra por este medio; Beniqué opina que debe prolongarse la dilatacion empleando cada dia sondas más gruesas, hasta llegar á la del diámetro de diez milímetros, y aconseja hacer una incision en el meato urinario cuando, siendo éste naturalmente estrecho, no permite el paso de candelillas de aquel grueso. Otros operadores juzgan exagerada la opinion de Beniqué,

creyendo que basta llevar la dilatacion á seis milímetros, para obtener los más felices resultados; finalmente, algunos, colocándose en un término medio, admiten que la dilatacion temporal progresiva debe continuarse hasta que el canal de la uretra reciba libremente una bujía de ocho milímetros de diámetro.

Tal es la manera de llevar á cabo el método de que nos hemos ocupado: debemos ahora preguntarnos cuál es el valor de este tratamiento, si sus resultados son bastante satisfactorios y en qué caso debe preferirse, ó si es aplicable en todos ellos. Antes que se empleara el tratamiento por la uretrotomía interna, la dilatacion temporal progresiva era generalmente preferida, y al decir de muchos prácticos recomendables, habian conseguido por su medio las más completas curaciones. No cabe duda que comparando este medio de ampliacion con otros más violentos, como el de la divulsion ó dilatacion forzada, resulta necesariamente ventajoso; se recomienda desde luego, porque si al ponerlo en práctica se observa todo género de precauciones, no procediendo como otros médicos por la ruptura de las paredes uretrales, está exento de los peligros á que aquellos exponen; la infiltracion de la orina no puede verificarse y el canal ampliándose poco á poco y con suavidad, puede recobrar el calibre necesario, para que se ejecute libremente la miccion. Podemos decir por lo tanto de una manera general, que la dilatacion

lenta y progresiva del canal de la uretra es un buen método, que hábilmente empleado puede conducir al resultado que se desea. Se ha preguntado tambien si los estrechamientos tratados de este modo pueden reproducirse, si los tejidos fibrosos del punto estrechado despues de haber sufrido la dilatacion volverían poco á poco sobre sí mismos en virtud de sus propiedades contráctiles. Sobre este punto como sobre otros muchos, los autores que han escrito sobre la materia distan mucho de un perfecto acuerdo; algunos prácticos entusiastas de la dilatacion lenta, aseguran que los enfermos tratados por este medio no habian visto reproducir su mal, siempre que la dilatacion se hubiera prolongado el tiempo suficiente y hasta el grado necesario; otros más escépticos, creen que los estrechamientos dilatados de tal manera pueden á la larga reproducirse; y no falta quien asegure haber encontrado algunos ejemplos que confirmen su manera de ver sobre el particular. Queriendo conciliar hasta cierto punto ambas opiniones, y deseando que no se abandone un medio tan inocente y relativamente sencillo para el tratamiento de la enfermedad que nos ocupa, varios prácticos ilustrados aconsejan que cuando haya terminado el tratamiento, se recomiende al paciente que de tiempo en tiempo cuide de introducirse una sonda hasta más allá del punto donde se encontraba la estrechez, y la deje algun rato en contacto con las

paredes de la uretra. Aseguran que por este medio, que ningun inconveniente ofrece, y que á tan poca costa se consigue, se logrará conservar definitivamente á la uretra el diámetro deseado, y no habría que lamentar la reincidencia de la enfermedad.

No teniend oexperiencia propia sobre este particular, me limito á consignar las opiniones; debo advertir, sin embargo, que á los enfermos que he operado de uretrotomía interna, les he aconsejado siempre, que se introduzcan una sonda de diámetro medio, á intervalos de tiempo no muy largos, y siempre he tenido que felicitarme de esta práctica, pues en un operado que no siguió dicho consejo, he visto reproducirse el mal al grado de exijir una nueva operacion. Aun cuando no he visto tratar á ningun enfermo por la dilatacion lenta, juzgo por analogía, que la introduccion metódica de la sonda por cortos períodos, despues de haber conseguido la dilatacion, debe ser tan útil en este método, como lo es en el de la uretrotomía interna.

La dilatacion temporal progresiva, debe considerarse como un método general y por lo mismo se le debe dar la preferencia en todos los casos? Convencido como lo estoy de la bondad del método, no vacilo sin embargo en creer, que no debe considerarse como aplicable á todos los casos sin excepcion.

Debemos confesar desde luego que como su mismo nombre lo indica, es muy lento en sus resultados,

exijiendo á veces numerosísimas sesiones, para que se pueda considerar como terminada la curacion. No obstante, hay algunos enfermos tan tímidos que se resisten de una manera absoluta á cualquiera operacion quirúrgica, y que la sola vista del uretrotomo les hace desistir de la curacion; para estas personas estaria muy especialmente indicado el tratamiento por la dilatacion progresiva, pues de una manera general se resisten ménos al cateterismo, que á la introduccion de un instrumento cortante cualquiera. Prescindiendo de estos casos, hay otros en los cuales el método de que nos ocupamos es de todo punto inaplicable; esto es lo que sucede cuando el estrechamiento está muy avanzado y sus paredes son tan duras y fibrosas, que despues de introducir muchos dias la misma candelilla, se advierte que es de todo punto imposible pasar la del número siguiente; en tales circunstancias la dilatacion lenta es imposible, es necesario recurrir á la uretrotomía; se comprende que con mayor razon no podria llevarse á cabo cuando la uretra es de tal manera estrecha, que no permite el paso de la candelilla más delgada y que la operacion es urgentemente reclamada por el estado del enfermo, cuya vida está en peligro y que aun puede tener una vasta infiltracion. ¿Quién podria en semejante caso resurrir á la dilatacion temporal progresiva? La uretretomía interna misma pudiera ser insuficiente, siendo necesario recurrir á la uretrotomía exter-

na, algunas veces sin conductor, por la imposibilidad de introducirle. Se ve por lo dicho que la dilatacion lenta se debe preferir en aquellos casos en que el enfermo es muy tímido, no estando muy avanzado el estrechamiento, no teniendo paredes fibrosas muy duras y en caso en que no esté en peligro la vida del paciente.

Se ha aplicado tambien para la curacion de los estrechamientos uretrales, un método que está muy en boga en la actualidad y que procuraré tratar con mayor desarrollo, por ser el género de tratamiento en que tengo mayor práctica; me refiero á la *uretrotomía interna.*

No se puede decir que ese tratamiento haya sido inventado en nuestros dias; la idea de dividir con un instrumento cortante los estrechamientos uretrales, para dar un libre paso á la orina, remonta á una época bastante lejana; se dice que desde el siglo XVI ó XVII, algunos cirujanos habian tenido esta idea; segun Malgaigne, Charles Bell describe un instrumento destinado á cortar los estrechamientos de atrás á adelante; segun el mismo autor, Mac Ghie y Stafford describieron y practicaron la operacion de la uretrotomía. Sin embargo, este método no llegó á adquirir cierta importancia sino hasta el año de 1852, en que Reybard presentó á la Academia de Medicina una Memoria muy importante bajo todos puntos de vista, en la cual describia minuciosamente la opera-

cion de la uretrotomía interna, dando á conocer su manual operatorio y un uretrotomo de su invencion, enumerando los éxitos obtenidos por este medio de tratamiento. Casi al mismo tiempo Civiale escribia sobre la misma operacion, practicada por un medio debido á su inventiva; de entonces acá la operacion se ha generalizado, inventándose instrumentos más ó ménos perfectos y más ó ménos adecuados á la idea de sus autores, pero fundados todos en el mismo principio: tales como los uretrotomos de Charriere y Trélat. A pesar de todo, ningun uretrotomo ha encontrado más aceptacion que el de Maisonneuve y se puede decir que desde que este hábil cirujano dió á conocer su ingenioso instrumento, la uretrotomía interna ha adquirido mayor popularidad, haciéndose accesible á todos los médicos una operacion que anteriormente estaba relegada, salvo algunas excepciones, á los especialistas.

Como estos diversos instrumentos están perfectamente descritos en todos los autores clásicos, pasaré por alto su descripcion minuciosa, limitándome á decir unas cuantas palabras sobre el de Maisonneuve, tanto por ser el único que he usado y he visto usar, cuanto porque goza de más favor entre el público médico de México, á tal grado que no ha llegado hasta hoy á mis noticias que se haya practicado en nuestros dias una uretrotomía interna, empleando con tal objeto otro instrumento que no sea el de Maison-

neuve. Su pequeño diámetro, la curvatura que posee, la facilidad de introducirle al canal de la uretra, la posibilidad de cortar con él de adelante hácia atras ó vice-versa, segun se quiera, la notable sencillez de este uretrotomo, en fin, hacen de él un precioso instrumento fácil de manejar en la mayor parte de los casos, por lo que no es extraño que se le haya dado la preferencia sobre los demás de su género.

Como es sabido, se compone de un conductor delgado de acero, con una curvatura semejante á la de Gely, y presentando en toda su longitud una canaladura destinada á guiar una pequeña lámina cortante de forma triangular; la canaladura puede estar situada en la concavidad del conductor así como en su parte convexa; la primera disposicion, que es la más usada, me parece preferible, tanto porque evita los vasos más numerosos hácia la parte inferior de la uretra, cuanto porque seccionando la cara superior de este canal, la orina tiene menos tendencia á infiltrarse por la pequeña herida, puesto que la pesantez se opone á ello. El conductor se termina en su extremidad vesical por un pequeño tornillo al cual se adapta un pequeño boton ó una candelilla terminada ella misma por una tuerca; en la otra extremidad hay un anillo que sirve para facilitar el uso del instrumento. La lámina cortante ofrece una disposicion particular; está fija á la extremidad de una varilla de acero muy flexible, que entra en la cana-

ladura del conductor á cuya curvatura puede acomodarse fácilmente; dicha lámina en lugar de ser cortante en toda su extension, tiene el vértice romo y está soldada por su base á la varilla de que hemos hablado. Esta disposicion tiene por objeto que la parte embotada separe las partes dilatables sin cortarlas, mientras que el estrechamiento mismo formado de un tejido duro y fibroso y que no se deja dilátar, es dividido por la porcion cortante de la lámina. Cada uretrotomo está generalmente provisto de tres cuchillas de dimensiones crecientes y del número necesario de candelillas.

Lo que esencialmente diferencia el instrumento de Maisonneuve, de otros uretrotomos como el de Reibard y el de Civiale es, prescindiendo de las diferencias de construccion, que el primero está dispuesto para cortar superficialmente y nada más que los tejidos enfermos, mientras que con los otros se obtiene una incision profunda, que ataca no solo los tejidos fibrosos del estrechamiento, sino tambien el tejido esponjoso sano, razon por la cual algunos autores como Delefosse, no lo consideran como un verdadero uretrotomo, sino más bien como un escarificador uretral. Esta propiedad de no dividir los tejidos sino en poca profundidad, que por algunos es considerada como un defecto y como una probabilidad de poco éxito en la operacion, es en concepto de otros una inmensa ventaja, porque reduce conside-

rablemente los peligros de la uretrotomía. Sin extenderme minuciosamente en las razones en que se apoyan unos y otros, y sin discutir sus argumentos, porque seria desviarme de mi objeto, me limito á decir que soy completamente partidario de la última operacion, así porque creo que mientras el traumatismo originado por la operacion sea ménos grave, será al mismo tiempo más inofensivo, como porque lo que he visto en mi práctica, me induce á asegurar que siempre que la operacion sea bien practicada, y seguida de las precauciones de que hablaré despues, son muy raras las reincidencias, sobre todo cuando la uretrotomía interna se practica en aquellos casos en que está verdaderamente indicada.

Antes de entrar en apreciaciones sobre la bondad del procedimiento, describiré en pocas palabras el manual operatorio.

Acostado el enfermo sobre el dorso, con las piernas y los muslos en la semiflexion, el operador se coloca al lado derecho, no debiendo hacerse uso del cloroformo por ser innecesario, sino en aquellos casos en que haya una indicacion especial, como el temor exajerado del enfermo, la facilidad de los espasmos uretrales, etc.; esto tiene la ventaja de separar un peligro real cual es la administracion de aquel agente anestésico. Dispuesto el enfermo en la posicion indicada, el cirujano toma el pene entre el pulgar y el índice de la mano izquierda, procurando

descubrir el meato urinario; si éste fuere tan estrecho que impidiere la introduccion de la lámina cortante del uretrotomo, seria necesario desbridarlo previamente. Se introduce despues una de las candelillas, eligiendo la de un diámetro tal que pueda penetrar sin grandes dificultades por la parte estrechada y procurando engrasarla para facilitar su introduccion. Todo lo que hemos dicho al tratar de la dilatacion temporal progresiva, es aplicable á este primer tiempo de la operacion: si se nota una dificultad extrema para introducir la candelilla, si á pesar de tentativas moderadas y repetidas el estrechamiento se resiste á recibirla, es muy preferible aplazar la operacion para mejor oportunidad, sometiendo al paciente al método de que hemos hablado en otra parte y evitando siempre esa irritacion nerviosa del cirujano de que habla Delefosse, y que en todos casos es tan nociva para el enfermo.

Tan luego como ha logrado introducirse la candelilla, sea en la primera sesion, sea en alguna de las siguientes, se procede á la operacion propiamente dicha, para lo cual, despues de engrasar convenientemente el conductor de acero del uretrotomo, se atornilla su extremidad terminal en el pabellon de la candelilla, la cual, guiando al conductor, se enrosca en la vejiga y se logra que aquel penetre por el estrechamiento casi sin dificultad y sin temor de hacer una falsa vía. Se engrasa de la misma manera

el tallo de acero que sostiene la lámina cortante, é introduciendo este último en la canaladura del conductor, se procede á dividir el estrechamiento, para lo cual se confia á un ayudante la extremidad del conductor, que mantiene fijo tomándole por el anillo que hemos descrito: el operador toma el pene entre el pulgar y el índice de la mano izquierda, y con la derecha hace correr la lámina cortante á lo largo de la canaladura, procurando que al penetrar se adapte á la direccion del meato urinario. Como la lámina es cortante por sus dos lados, divide el estrechamiento al entrar y al salir, notándose cuando se pasa el lugar estrecho, una sensacion característica de resistencia vencida, que suele notarse tambien, aunque ménos marcada, cuando se retira nuevamente la lámina; esta segunda seccion de los tejidos fibrosos, basta en lo general para disminuir el estrechamiento y para que toda resistencia ceda; sin embargo, si se notare lo contrario, es costumbre introducir nuevamente la lámina y retirarla despues en la misma forma.

Si se intenta en seguida introducir una sonda, aun cuando sea gruesa, á la vejiga, se observa que penetra con la mayor facilidad, y si habia retencion de orina, este líquido escurre inmediatamente por la sonda, mezclado primero con una pequeña cantidad de sangre y limpio despues; acto continuo, el enfermo que sufria atrozmente ántes de la opera-

cion, si la orina estaba retenida, siente un instantáneo alivio, y he visto más de una vez al paciente conmovido, dar las gracias con vehemencia al operador.

En lo que hemos dicho hasta aquí no hay discusion posible, y todos proceden de una manera análoga ó con muy ligeras diferencias si acaso. No sucede lo mismo con el tratamiento ulterior á que debe sujetarse el enfermo, habiéndose emitido sobre este particular ideas que no solo son diferentes sino aun contradictorias.

Si se consulta sobre este punto á los autores clásicos, se verá que casi todos ellos aconsejan dejar la sonda á permanencia por espacio de veinticuatro á cuarenta y ocho horas, para evitar que la orina se reabsorba por la herida reciente de la uretra, dando lugar á accidentes más ó ménos graves. No es tal, sin embargo, la conducta que he visto observar á médicos mexicanos muy recomendables, y hablando con toda lealtad, debo decir que nunca he visto les pretendidos accidentes de que hablan los autores europeos, y que provendrian de la infiltracion urinosa, cuando no se deja una sonda á permanencia. Diversas uretrotomías he visto practicar en el hospital de San Andrés, por su distinguido Director, mi maestro el Sr. Dr. Lavista, para quien dicha operacion, lo mismo que la de la uretrotomía externa, ha llegado á ser tan familiar que la practica sin dificultades de ningun género y con el éxito más satisfacto-

rio; en el tiempo en que yo cursé la clínica en el mencionado hospital, la práctica que se seguia generalmente, era retirar la orina que pudiera haber en la vejiga despues de la operacion, por medio de una sonda metálica ordinaria, dejando encargado al interno del servicio, que practicara el cateterismo cuando volviera á reproducirse la orina y sintiera el paciente la necesidad de expelerla.

He dicho ya que nunca tuve noticia del más ligero accidente originado por esta práctica, ántes bien los enfermos tratados de esta manera salian poco despues del hospital, perfectamente restablecidos; posteriormente las ideas han cambiado aún más, de manera que el ilustrado profesor antes citado y el no ménos distinguido Director del hospital de Infancia mi maestro el Sr. Dr. Eduardo Liceaga, no acostumbran poner la sonda despues de la uretrotomía, limitándose á recomendar al enfermo que expela toda la orina contenida en su vejiga ántes de la operacion, y encargándole que despues de ella no orine sino pasadas seis horas, haciendo lo posible por contener los deseos de evacuar aquel líquido. No hace aún dos meses que ví practicar esta operacion por el último de los profesores citados en un hombre de constitucion mediana: el enfermo salió por su pié del consultorio, inmediatamente despues de haber sufrido la operacion, volviendo al tercer dia á la consulta sin el más pequeño accidente, cuyo hecho, así

como otros muchos que he presenciado, prueban que no hay peligro en seguir esta práctica.

Los que se oponen á dejar una sonda á permanencia, temen que el contacto prolongado de ésta con la uretra y con las paredes vesicales, determine la inflamacion de las mucosas que las revisten, lo cual seria muy peligroso, y por esta razon prefieren no dejar ningun cuerpo extraño, que pudiera producir tan lamentables consecuencias. La cuestion es, sin embargo, muy complexa, pues los partidarios de la sonda á permanencia no solo ponen ésta con el objeto de evitar la infiltracion de la orina, sino tambien, y este es el punto más importante, para impedir la reproduccion del estrechamiento, con cuyo objeto continúan haciendo el cateterismo durante muchos dias y aun recomiendan al enfermo que de tiempo en tiempo se introduzca una sonda él mismo si no quiere ver reincidir su enfermedad.

Prescindiendo de toda idea preconcebida, haciendo uso de toda la lealtad que debe guiar en este género de escritos, y sin otra pretension que la de cumplir fielmente con un deber, voy á permitirme referir lo que en mi práctica he observado y que me ha inducido á las ideas que desarrollaré despues. Debo confesar desde luego que los enfermos á quienes he visto operar en los hospitales de México, los he perdido de vista é ignoro por lo mismo cuál haya sido su suerte ulterior, sin saber si el estrechamiento se ha reproducido ó no.

Por lo contrario, los enfermos que he visto operar ó que he operado por mí mismo en Toluca, por ser todos individualmente conocidos, he podido seguirlos paso á paso, y cuento con las observaciones de mis buenos amigos los Sres. Dres. José Ramos y Francisco Gonzalez Urbina, de las cuales las más antiguas se remontan á tres años, época en la cual el primero de los médicos citados ejerce la medicina en aquel lugar.

Una vez probado, como creo haberlo hecho, que la no introduccion de la sonda despues de la uretrotomía no produce accidentes funestos, como los hechos lo demuestran inconcusamente, debemos preguntarnos si es este el único punto de vista bajo el cual debemos considerar la cuestion, ó si hay algunos otros motivos que siendo más importantes que los infundados temores de reabsorcion urinosa, hagan útil y conveniente el cateterismo continuado de la uretra despues de dividido el estrechamiento. La cuestion pudiera presentarse en los siguientes términos: ¿La uretrotomía interna por sí sola y sin ayuda de algun otro medio procura la curacion radical y definitiva de los estrechamientos uretrales, ó por lo contrario, no produce más que la ampliacion rápida del canal, dejando expuesto al enfermo á que reincida su afeccion al cabo de cierto tiempo?

Pudiéramos presentar esta cuestion en términos más sencillos, preguntándonos tan solo lo siguiente:

¿Cortar un estrechamiento uretral es lo mismo que curarlo? ¿Podemos considerar como sinónimos la seccion de los tejidos fibrosos del estrechamiento y su curacion?

Creo que si se llegara á resolver este problema, la conducta práctica más conveniente que debia seguirse despues de la uretrotomía, debia quedar perfectamente trazada; lejos de mí la idea de querer resolver definitivamente un punto tan debatido de la medicina operatoria; me limitaré tan solo á referir lo que he observado, sin pretender por esto dar una opinion magistral. Debo decir primero, que si he confesado con toda lealtad que la no introduccion de la sonda despues de la uretrotomía no determina los accidentes de que se ha hablado, tambien es cierto, y tengo de esto numerosos ejemplos, que la introduccion de una sonda de goma que se deja á permanencia veinticuatro ó cuarenta y ocho horas despues de practicar la operacion mencionada, tampoco es peligrosa como se ha dicho; en muchos enfermos en quienes he visto seguir esta práctica, no ha sobrevenido cistitis ni otro accidente cualquiera; citaré entre otros casos el del enfermo S. H. en cuya operacion estuve en Huitzila en Diciembre de 1882, en compañía de mi muy querido amigo el Dr. José Ramos; la uretrotomía se practicó sin grandes dificultades aun cuando el caso era grave, pues el paciente no recurrió á los auxilios médicos sino cuan-

do su mal estaba tan avanzado, que llegó á tener retencion completa de orina y aun había un principio de infiltracion urinosa en el escroto, en el día en que fué operado, lo que nos indicaba la ruptura de la uretra determinada por la retencion de la orina tras del estrechamiento. Cierto es que en este caso, la uretrotomía externa estaba perfectamente indicada; sin embargo, la invencible repugnancia del enfermo para esta operacion, nos obligó á limitarnos á la interna, quedando á la espectativa de lo que aconteciera. Despues de la operacion se colocó una sonda de goma, que permaneció cerca de tres dias en la uretra; fué necesario practicar tambien despues amplias debridaciones en el escroto, para dar salida á la orina y al pus que ya existian; si se dejó la sonda á permanencia, fué atendido á que la gran distancia de la habitacion del paciente á Toluca, impedia verlo con toda la prontitud debida en un momento dado, y creimos preferible proceder de este modo más bien que ponerle la sonda de tiempo en tiempo para que orinara.

Pude seguir paso á paso la marcha del enfermo, porque habiendo salido de Toluca mi compañero de operacion, me dejó recomendado el cuidado del enfermo; las heridas escrotales cicatrizaron con rapidez, la permanencia de la sonda no produjo ningun resultado funesto, y el cateterismo metódicamente practicado despues por mucho tiempo, determinó la com-

pleta curacion del paciente, á quien hace poco he visto, sabiendo que orina con toda libertad y sin sufrir ninguna molestia.

En circunstancias muy análogas se encontraba el enfermo J. C. operado en la calle de Victoria, con un éxito tan completo como el anterior. El enfermo F. G. operado en el callejon de Terán en condiciones más ventajosas, no ha visto reproducirse su estrechamiento desde hace tres años y puede dedicarse á sus quehaceres, que son bastante activos. En algunos pueblos de los alrededores de Toluca, han sido operados varios enfermos de la misma manera, siendo notable el caso de M. T. que sufria de una retencion completa de orina más de treinta horas ántes de que se practicara la uretrotomía, la que dió un resultado tan satisfactorio, que el enfermo no ha vuelto á sufrir ningun accidente desde hace dos años, siendo notable por su fuerza y grueso el chorro de la orina.

Citaré tambien el caso del enfermo J. M. M. operado en el callejon de San Juan de Dios, quien pudo levantarse al dia siguiente de la operacion, con la sonda en la vejiga; no sobrevino ningun accidente y el enfermo, que es un anciano, disfruta en la actualidad de completa salud.

Como referir mayor número de operaciones que son todas análogas, sería difuso, por lo cual he procurado evitar minuciosidades al mencionarlas, me limi-

taré á las que acabo de citar, advirtiendo que pasan de cuarenta las del mismo órden que pudiera relatar: pero creo que basta citar la cifra en obvio de mayor difusion.

En todos estos casos se ha seguido la práctica de dejar la sonda á permanencia veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, practicando despues el cateterismo primero cada tercer dia, y despues por períodos más largos de tiempo, recomendando al paciente que no deje de introducirse la sonda por espacio de muchos meses, aun cuando no advierta dificultad alguna en la miccion. Obrando de esta manera se ha conseguido que los estrechamientos no se reproduzcan y que las curaciones hayan podido considerarse como completas. En contraposicion de estos hechos, debo citar el del enfermo J. T. operado en el puente de S. Fernando por los ilustrados Dres. José Ramos, Antonio Hernandez y Francisco Gonzalez Urbina: no obstante que la operacion fué muy feliz y que el enfermo quedó por lo pronto en un estado muy satisfactorio, vió reproducirse su estrechamiento como un año y medio despues, siendo de advertir que á pesar de los reiterados consejos de su médico ordinario, el Dr. Urbina, nunca quiso sujetarse al cateterismo despues de la operacion, abandonándose por completo por creerse ya perfectamente curado.

De todos estos hechos y de otros análogos que pudiera citar, se infiere con toda evidencia que no bas-

ta dividir la uretra en el punto estrechado para creer completa la curacion; que la uretrotomía interna debe considerarse como un medio precioso y eficaz para ampliar rápidamente la uretra, y al mismo tiempo como un preámbulo preciso para el tratamiento propiamente dicho, que no puede considerarse como terminado sino mucho tiempo despues y cuando la sonda se ha introducido repetidas veces, por intervalos de tiempo más ó ménos largos, pues solo así se tienen garantías completas del éxito de la operacion.

Fijándose minuciosamente en lo que han escrito los autores que se ocupan de la uretrotomía interna, como un método de curacion de los estrechamientos uretrales, se verá que todos ellos están de acuerdo en que esta operacion tiene por resultado sustituir al tejido fibroso del estrechamiento, un tejido cicatrizal en circunstancias muy favorables, para impedir la reproduccion de la estrechez.

Se sabe sin embargo que el tejido inodular de las cicatrices, goza en alto grado de la propiedad retráctil, y se comprende fácilmente que debe pasar en la uretra lo que en otros conductos, que tienden á estrecharse incesantemente, siempre que no se oponga un medio eficaz á este estrechamiento progresivo, y el medio mejor que puede emplearse para los estrechamientos del canal uretral no es otro que la introduccion metódica de la sonda.

Nadie ignora en efecto que la accion de las bujías

sobre el canal de la uretra estrechada en un punto cualquiera, no es puramente mecánica, sino que como Delefosse lo ha dicho en su *Cirujía de las vías urinarias*, se trata de una *accion vital*, aun cuando sea muy difícil definir el sentido exacto de esta palabra.

Para explicar esta accion que es esencialmente distinta de la mecánica, Hunter admitia que habia una pérdida de sustancia, una ulceracion determinada por el contacto y por la presion de la sonda; otros autores, y entre ellos Voillemier, han creido en un proceso inflamatorio que determinaria la curacion del estrechamiento, por dos mecanismos distintos; por lo que el autor mencionado distingue la dilatacion en dos clases diversas, que designa con los nombres de dilatacion atrófica y dilatacion ulcerativa.

Para el autor de la *Cirujía de las vías urinarias* ya citado, Delefosse, la dilatacion permanente obraria reblandeciendo y no dilatando en el sentido propio de la palabra, y se funda en el hecho siguiente que todo el mundo ha podido observar: hay ciertos estrechamientos muy avanzados que con dificultad se dejan atravesar por una candelilla muy delgada; si se logra introducir una de éstas, aun cuando sea de un diámetro inferior al del estrechamiento, se nota con sorpresa que horas despues de la permanencia de esta candelilla en contacto con la parte estrechada, se puede introducir con toda facilidad una sonda

de un diámetro mucho más considerable, de lo cual cree deber concluir el profesor aludido, que la candelilla ha obrado por reblandecimiento y no solo por dilatacion, porque ésta no podria operarse tan pronto.

Del estudio y análisis minucioso de los hechos, llega Delefosse á las siguientes conclusiones:

Primera: miéntras ménos se toca un estrechamiento se le cura mejor. Segunda: la dilatacion se hace tanto por el elemento vital, cuanto por la presion lateral. Tercera: es inútil pasar instrumentos de un calibre superior al del estrechamiento; un calibre igual y algunas veces inferior cura con más rapidez.

En seguida se expresa del modo siguiente: « No quiero explicar lo que debe entenderse por elemento vital; el hecho incontestable es que una bujía en un canal de un calibre inferior al estrechamiento, obra sobre este estrechamiento de una manera muy diferente que una cuña; hace sufrir á la masa fibrosa una modificacion profunda difícil de analizar, y de ningun modo es necesario que dicha desorganizacion llegue hasta la flegmasía ó hasta la ulceracion, como lo ha escrito Voillemier, porque de una manera contraria estas últimas impiden algunas veces la dilatacien temporal. »

Tales conclusiones deducidas de hechos prácticos, parecen ser del todo exactas, lo que nos conduce necesariamente á admitir que si bien es cierto que la uretrotomía interna es un medio precioso y eficaz de

abreviar la duracion del tratamiento y en muchas circunstancias una operacion de urgencia, que debe practicarse sin pérdida de tiempo en casos de retencion, en los que no es posible recurrir á la dilatacion temporal progresiva, no debe á pesar de todo considerarse como una operacion que baste por sí misma y con exclusion de cualquiera otro tratamiento consecutivo, para curar radical y definitivamente un estrechamiento de la uretra. A esta conclusion llega Delefosse cuando dice terminantemente lo que sigue, en lo cual están de acuerdo con él el Dr. Guillon, que como es sabido tiene una práctica muy extensa sobre esta materia, así como su discípulo Martinet: «La uretrotomía interna no pretende curar radicalmente, sino tan solo, y es esto demasiado, poner á los enfermos en estado de mantener y desarrollar por el cateterismo, el grado de dilatabilidad que les ha procurado.»

Lo poco que he visto en mi práctica, me confirma absolutamente en esta manera de ver; apreciando como es debido, la ingeniosa é inofensiva operacion de la uretrotomía interna, no considero nunca á un enfermo como radicalmente curado, por el solo hecho de haber practicado esta operacion, y tendria muy buen cuidado de no perderlo de vista sino largo tiempo despues, cuando la introduccion continuada de la sonda por largos intervalos, me diera una seguridad completa de que los tejidos fibrosos del es-

trechamiento estaban de tal manera modificados, que no habria peligro de una reincidencia para el porvenir.

Como hemos dicho ya, la uretrotomía interna dista mucho de ser una operacion moderna; desde hace muchos años ha sido practicada con instrumentos más ó ménos imperfectos: lo que debe considerarse como nuevo es el instrumento de Maisonneuve, cuyo manejo es tan sencillo que la operacion se ha vulgarizado, por decirlo así. Los resultados que con él se obtienen son en algunos casos tan brillantes; se vé pasar con tal rapidez, y aun se puede decir de una manera instantánea, á un enfermo que sufre de retencion de orina, del estado más aflictivo y angustiado á otro estado completamente satisfactorio; se consigue con tanta facilidad la salida del líquido que llena la vejiga y qae no podia escaparse á causa del estrecho calibre de la uretra, que la operacion practicada con el instrumento de Maisonneuve no puede ménos de causar grande entusiasmo así en el ánimo de los pacientes como en el de los cirujanos; este entusiasmo es, sin embargo, peligroso porque impide ver friamente las cosas, y deslumbrándonos con el éxito obtenido nos hace colmar de honores á un método que verdaderamente los merece, pero no nos deja examinar los resultados ulteriores, creyéndonos autorizados á concluir que despues de practicada la uretrotomía, se ha pronunciado ya la última palabra en materia de tratamiento.

Al entusiasmo que produjo en los primeros tiempos la operacion tal como la practicaba Maisonneuve, se siguió despues la fria razon y el exámen maduro y desapasionado, lo que dió orígen á que prácticos tan recomendables como Deleffosse ya citado, se elevaran por el análisis minucioso de los hechos, á conclusiones que son de tal manera importantes que me he decidido á llamar sobre este punto la atencion, aun cuando mi voz sea muy débil y mi práctica muy reducida; pudiendo decir en cambio, que mi buena voluntad en este punto es tan grande como pequeña mi autoridad.

Hay algunas circunstancias en las cuales la operacion tan sencilla que acabamos de describir no puede aplicarse, y se hace entonces indispensable recurrir á otro método mucho más difícil de aplicar que el precedente; me refiero á la uretrotomía externa; en efecto, suelen presentarse casos de tal manera complicados, que llega á hacerse imposible la introduccion de una candelilla, aun cuando sea muy delgada; suele suceder que la retencion de orina es completa, que desde un tiempo más ó ménos largo, el enfermo no logra expeler ni una sola gota de aquel líquido, no siendo remoto que el caso se complique con una abundante infiltracion urinosa, que pone seriamente en peligro la vida del paciente; la calentura se presenta entonces y el terrible cuadro de síntomas que determina la intoxicacion urémica no tarda en presen-

tarse con los caractéres de que rápidamente hemos hablado en otro lugar. La indicacion vital no puede ser más precisa ni más apremiante: es indispensable dar salida al líquido cuya reabsorcion está envenenando el organismo; cualquiera otro medio que se emplee es completamente inútil, y recurrir á medios del órden puramente médico, seria tanto como arrojarse en los brazos de la más punible indiferencia. Solo una operacion quirúrgica practicada con oportunidad y prudencia, puede salvar una situacion tan grave, colocando al organismo en condiciones compatibles con la vida. Si en tal caso es imposible despues de tentativas hábiles y moderadas, introducir la bujía más estrecha, si el estrechamiento no se deja atravesar de ningun modo, es necesario dar salida al líquido urinoso, por otra via distinta de la natural. No puedo ménos de recordar aquí que algunos prácticos muy hábiles, entre otros Syme, aseguran que no hay un solo estrechamiento verdaderamente infranqueable; tal vez esto dependa de la excepcional habilidad de tales operadores, pero desgraciadamente otras personas han encontrado en su práctica este género de estrechamientos, y en tan aflictivas circunstancias, apremiados por la violencia del caso han recurrido algunos cirujanos á la puncion hipogástrica de la vejiga. Esta práctica, sin embargo, no debe considerarse como un verdadero tratamiento de la enfermedad; por este medio no se conjura comple-

tamente el peligro, se aleja tan solo dejando subsistir el estrechamiento y todas sus terribles consecuencias: si bien es cierto que la puncion de la vejiga por el hipogastro debe considerarse como una maniobra inocente, por ser sabido que el peritoneo no cubre en este punto el recipiente urinario, siendo dicha membrana repelida hácia arriba, cuando aquel receptáculo está lleno del líquido, es cierto igualmente que si con este arbitrio se logra por lo pronto dar salida á la orina, el mal se deja en pié, y si ya hay infiltracion urinosa la utilidad de este medio seria del todo incierta.

No queda más recurso que cortar el estrechamiento por el perineo, practicando la operacion que los cirujanos franceses han designado con el nombre de *ojalera*, y que como es sabido, consiste en penetrar á la uretra cortando la línea media del perineo más ó ménos cerca del escroto segun los casos. No es mi ánimo referir el manual operatorio de la uretrotomía externa, descrita con tanta minuciosidad en todos los tratados de operaciones quirúrgicas, siéndome muy satisfactorio consignar aquí, que en México uno de los más distinguidos profesores de nuestra Escuela, el Sr. Dr. Rafael Lavista, ha practicado incontable número de veces esta operacion, ya con conductor ya sin él, y en todos casos con una habilidad sorprendente y con el éxito más satisfactorio. Un discípulo suyo de los más aprovechados, el Sr. Dr. José Gama,

en su interesante tésis profesional, ha trazado con maestría las indicaciones y el modo de practicar la operacion; no podría, pues, yo hacer otra cosa mejor que citar este importante trabajo tan hábilmente escrito.

Me limitaré por ahora á decir que no solo en los casos complicados de que hablé ántes y en los que es completa la retencion de orina sin que haya posibilidad de introducir una candelilla, debe practicarse la operacion de la uretrotomía externa. Nadie ignora en efecto que esta operacion puede hacerse con un conductor ó sin él: cuando se hace del primer modo recibe el nombre de operacion de Syme, así llamada por el autor que primero la describió. Es claro que en el hecho de usar un conductor, el estrechamiento es franqueable; ya hemos dicho que Syme admitia que no habia estrechamiento que no pudiera franquearse, y por lo mismo toda uretrotomía externa debia hacerse, segun él, ayudándose de un conductor, que es un cateter acanalado en su convexidad, y que facilita extraordinariamente la operacion sirviendo de guía para la investigacion de la uretra. Loscasos en que á pesar de que la uretra sea franqueable, es necesario practicar la uretrotomía externa, son aquellos muy particularmente en que la infiltracion urinosa es muy abundante, habiendo temores de que por las desgarraduras que se han producido en la uretra, la orina continúe infiltrándose

á pesar de la seccion interna del estrechamiento. En tales casos puede ser necesario practicar previamente la uretrotomía interna, para poder introducir el conductor, siendo complemento indispensable de la uretrotomía externa, las ámplias incisiones en la region infiltrada para dar salida al líquido.

Pero si no fuere posible introducir el cateter acanalado, porque el estrechamiento resista al instrumento más delgado, se hace necesario dejar el cateter en el punto donde comienza el estrechamiento y proceder á la uretrotomía externa sin conductor, operacion dificultosísima que en muchos casos requiere grande habilidad quirúrgica y profundo conocimiento de la region. De un modo ó de otro, para encontrar la uretra se debe seccionar la parte estrechada, haciendo incision á lo largo del canal y procurando no dejar fondo de saco en donde la orina pueda infiltrarse. La práctica que debe seguirse despues, varía con los cirujanos; algunos temiendo una infiltracion urinosa introducen á la vejiga una sonda blanda de goma elástica; los otros que no participan de estos temores dejan que la orina salga libremente por la incision. El ilustrado profesor Lavista ántes citado es de esta última opinion, debiendo confesar con toda lealtad que en los casos que le he visto operar, no se ha presentado ningun accidente por la no introduccion de la sonda. Citaré entre otros casos el operado por el referido profesor en

compañía de su distinguido colega el Sr. Dr. Eduardo Liceaga, hace unos diez meses, al enfermo X, en la casa de huéspedes situada en la calle de Vergara: ninguna sonda se introdujo, sin que por eso sobreviniera accidente y sanando poco despues el enfermo.

No solo para los casos mencionados sino para algunos otros se debe recurrir á la uretrotomía externa, por ejemplo, cuando existen fístulas urinosas más ó ménos antiguas que curan con una facilidad sorprendente luego que desaparece la estrechez. Pero hacer de la uretrotomía externa un procedimiento general como Syme ha pretendido, es sin duda caer en la exageracion, como con justicia asegura Delefosse; método utilísimo para los casos de que hemos hablado y para otros que en la práctica se presentan, no debe considerarse como el método único y general de curar los estrechamientos uretrales, habiendo otros más sencillos y que cuando están bien indicados pueden ser de un éxito excelente.

Despues de haber tratado aunque someramente de los métodos más usuales y más eficaces para tratar los estrechamientos de la uretra, no haré sino mencionar rápidamente otros procedimientos que habiendo gozado de alguna boga en otros tiempos han caido completamente en desuso, ya por los peligros á que exponen al paciente, ya por lo incierto de sus resultados. Mencionaré entre ellos la dilatacion forzada, llamada tambien divulsion, que imagi-

nada desde el siglo XVI por Mariano Sanctus, que usaba para llevarla á cabo un instrumento llamado *Tertinum*, ha sufrido despues distintas modificaciones, empleándose para ello instrumentos muy variados y diversos procedimientos segun los autores. Todos ellos, sin embargo, están fundados en la introduccion hasta el punto estrecho, de un cateter delgado que por un mecanismo particular puede ampliarse despues de introducirlo, desgarrando los tejidos del estrechamiento.

A este género pertenecen los procedimientos y dilatadores de Mayor, de Perreve, de Holt, de Voillemier, de Corradi, etc., etc. El tiempo ha hecho ya á todos estos instrumentos más ó ménos fáciles de manejar y algunos de ellos muy ingeniosos; se puede decir que no hay un cirujano que emplee en la actualidad estos medios para curar los estrechamientos de la uretra: todos estos instrumentos obran á ciegas, produciendo una ruptura irregular ramificada muchas veces, cuya profundidad y extension no puede ser limitada por el operador. ¿Quién preferiría por consiguiente esta operacion á la uretrotomía interna, que tiene la inmensa ventaja de producir una herida lineal, perfectamente neta y limitada hasta donde se desea, en lugar de la herida irregular y sinuosa determinada por los divulsores? Tal es el motivo que ha hecho abandonar la operacion á que aludo, y que he recordado simplemente por no pasar

en silencio los diversos métodos que se han usado hasta el dia para la curacion de los estrechamientos uretrales.

Otro tanto debo decir del método llamado por cauterizacion, empleado y regularizado por Ducamp, y modificado despues por diversos autores, entre los cuales figuran Lalemand y Amussat, que más que el método han modificado los instrumentos empleados para ponerlo en práctica. En nuestros dias estos procedimientos se han relegado al olvido y todo el mundo se dirije de preferencia á la dilatacion temporal progresiva ó á la uretrotomía.

Igual suerte ha corrido el tratamiento por la electrolísis; es sabido que durante algun tiempo las corrientes eléctricas estuvieron muy en boga en la cirujía y se trató de aplicarlas á numerosas afecciones; los estrechamientos de la uretra fueron tambien sometidos á la accion del agente físico, pero con tan poco éxito, que el método no llegó á generalizarse, convenciéndose algunos cirujanos de que el resultado obtenido en algunos casos, era de atribuirse al contacto mismo con los estiletes eléctricos, más bien que á la accion de las corrientes. De un modo ó de otro el procedimiento no ha conquistado muchos partidarios; ignoro que en México se haya practicado alguna vez, y careciendo de práctica personal á este respecto, me limito á recordar el procedimiento.

Para ser completo no dejaré de mencionar *la di-*

latacion inmediata progresiva imaginada por Lefort, quien la practica por medio de bujías dilatadoras cónicas, que llevan su nombre; esta operacion, descrita minuciosamente por su autor en el Tratado de medicina operatoria de Malgaine, tampoco ha llegado á generalizarse, y como nunca la he visto practicar, no hago otra cosa que recordar este procedimiento descrito con todas sus minuciosidades en la obra tan conocida ya citada.

Tales son los principales medios á que se ha recurrido hasta el dia para curar los estrechamientos de la uretra: entrar en apreciaciones acerca de ellos, sería completamente inútil puesto que en el curso de este pequeño trabajo, he manifestado claramente mis ideas sobre el particular: he dicho, en efecto, que la dilatacion temporal progresiva es un método excelente siempre que está indicado; que no puede considerarse como un método general, pero hay algunos casos en que es hasta cierto punto inaplicable: que si algo puede reprocharse á este tratamiento es su lentitud, necesitándose un tiempo demasiado largo para que la curacion sea completa. Tambien he dicho que la uretrotomía interna es un método eficaz y sencillo, que tiene la inmensa ventaja de abreviar la duracion del tratamiento; que el cateterismo consecutivo debe considerarse como un complemento muy útil de la operacion: que dilata instantáneamente el punto estrecho y facilita la introduccion de las bujías: pero que desde el momento

en que se quiere considerar este método como general, se incurre fácilmente en un error, pues hay algunos casos en que no está indicado. Respecto de la uretrotomía externa es un medio excelente, á que debe recurrirse en muchos casos de urgencia, en los cuales la uretrotomía interna no daría un resultado satisfactorio.

Estos son los tres medios con que en nuestros dias contamos para curar la afeccion de que me ocupo; los hechos más que las palabras dan una prueba elocuente de la bondad de tales medios; no podría darse mejor demostracion de su excelencia, que el hecho mismo de que en medio de tantos procedimientos, tan variados, tan preconizados por sus autores y muchos de ellos tan ingeniosos, han sobrevivido, produciendo seguras curaciones, y sobrevivirán probablemente aunque más ó ménos modificados.

PROFILAXIA.

No diria una sola palabra acerca de este punto, si no fuera por la extremada frecuencia de la afeccion, muy particularmente en las poblaciones cortas, en donde los estrechamientos uretrales hacen numerosas víctimas, debido á la incuria de los enfermos; sin ocuparme aquí de otra clase etiológica de estrechamientos que no sean los blenorrágicos, debo llamar la atencion sobre lo comun de aquella inflamacion venérea de la uretra, que con tanta facilidad se propaga y que pasando al estado crónico puede

llegar á ser el punto de partida de accidentes tan graves como los que he tratado de bosquejar en el curso de este trabajo. Todo lo que tienda á disminuir la produccion de las blenorragias, reducirá en la misma proporcion los casos de estrechamientos, y por lo mismo las víctimas que esta afeccion determina tantas veces, no obstante que los estrechamientos de la uretra sean perfectamente curables, cuando se les atiende á su debido tiempo. Por fortuna es posible por medio de convenientes prescripciones sanitarias, disminuir considerablemente la propagacion de la blenorragia; una reglamentacion y vigilancia metódica de la prostitucion, debe dar bajo este punto de vista excelentes resultados, siendo esto tan cierto, que en las grandes poblaciones de la República, en donde existen juntas especiales de sanidad para tan importante objeto, los estrechamientos no son tan comunes y graves como en las pequeñas poblaciones, en donde la afeccion es mucho más frecuente por la causa tantas veces citada. Es de desearse por lo tanto, que los cuerpos sanitarios haciendo sentir su favorable influencia léjos de los centros de poblacion, extendiéndose cuanto sea posible, mejoren este punto tan delicado de higiene, que como muchos en nuestro país, reclama la más seria atencion de las autoridades y de los médicos.

Vicente Estrada.